

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Závislost na alkoholu a její léčba- protektivní a oslabující faktory

Alcohol addiction and it's therapy- protecting and debilitating factors

Autor: Nikola Marková

Vedoucí práce: PhDr. Tereza Soukupová, Ph.D.

Praha, 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a výhradně za použití literatury, kterou cituji a uvádím v závěru.

.....
Nikola Marková

V Praze dne.....

Na tomto místě velice děkuji PhDr. Tereze Soukupové, Ph.D. za veškerou pomoc, odborné vedení, cenné rady a připomínky při vedení této práce.

Ráda bych také poděkovala celému terapeutickému týmu na pavilonu 35 v PL Bohnice za čas, který mi jeho členové poskytli.

„Nepokoušej se utopit smutek v alkoholu, umí plavat.“

(Francouzské přísloví)

NÁZEV:

Závislost na alkoholu a její léčba- protektivní a oslabující faktory

ANOTACE:

Alkohol je v naší zemi nejrozšířenější společensky tolerovanou drogou. Je považován za součást kultury. Důvody, proč se počet jedinců, kteří mají problémy s alkoholem, neustále zvyšuje mohou být téměř jakékoliv. Faktem je, že odbornou péčí z důvodu alkoholové závislosti vyhledávají stále častěji nejen ženy, ale i mladiství. Tato práce si klade za cíl vybrat konkrétní faktory, které u člověka vedou k rozvoji závislosti, ale také ty, které mu pomáhají během léčby. Protektivní faktory během léčby jsou prezentovány v souvislosti se smyslem života podle psychoterapeutického směru logoterapie.

Práce „Závislost na alkoholu a její léčba- protektivní a oslabující faktory“ je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Cílem teoretické části je uceleně představit problematiku alkoholové závislosti. Kapitoly vymezují základní protektivní a oslabující faktory v závislosti a léčbě dle literatury. Představují logoterapii Viktora Emila Frankla se zaměřením na koncept smyslu života. Cílem empirické části je zjistit, zda se oslabující faktory zmiňované v literatuře vyskytují u pacientů léčících se z alkoholové závislosti v Psychiatrické léčebně, v Praze Bohnicích. Protektivní faktory uváděné pacienty jsou dávány do souvislosti se smyslem života podle Viktora Emila Frankla. Smysl života pacientů je sledován i během doby, kdy vypovídají o rozvoji své závislosti. Praktickou částí práce je kvalitativní výzkum. Data do výzkumu byla od pacientů sebrána formou polostrukturovaného rozhovoru. Diskuze práce obsahuje interpretaci výsledků podle autorky. Diskutována je souvislost teoretické a empirické části práce a pojetí smyslu života u závislých jedinců.

KLÍČOVÁ SLOVA: závislost, protektivní faktor, oslabující faktor, smysl života

TITLE:

Alcohol addiction and it's therapy- protecting and debilitating factors

SUMMARY:

Alcohol is the most wide-spread socially tolerable drugs in our society. The reasons why the amount of addicted people is still increasing could be almost anything. A fact is that specialized care in the case of alcohol addiction is more and more searched by women and even teenagers. The goal of this project is to choose concrete factors, which lead man to extent of addiction and also those factors that support man durring a therapy. Protecting factors during therapy are presented in the connection with „meaning of life“ according to the psychotherapeutic approach logotherapy.

The main theme of this project is „Alcohol addiction and it's therapy- protecting and debilitating factors“. This project is divided to theoretical and empirical part. The theoretical framework consist of problems of alcohol addiction, primary protecting and debilitating factors in addiction and therapy according to the literature and Viktor Emil Frankl's logotherapy with special emphasis to the „meaning of life“. The empirical part consists of qualitative research data. They were collected during semi-structured interviews with patients treated for alcohol addiction in Psychiatric medical institution- Bohnice. The concrete protecting and debilitating factors in alcohol addiction and it's therapy were pointed out from the qualitative research. Selected case report point out that there is connection between alcohol addiction and the meaning of life. The discussion includes the interpretation of empirical part according to the author. The connection between the theoretical and the empirical part of the work and meaning of life of addicted people is beeing discussed.

KEY WORDS: addiction, protecting factor, debilitating factor, meaning of life

Obsah:

1. ÚVOD	9
2. F.10- ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	11
2.1. Závislost na alkoholu dle MKN10	11
2.2. Historie alkoholu	13
2.3. Účinky alkoholu na organismus	15
2.4. Vývoj závislosti na alkoholu	16
2.5. Jedinec závislý na alkoholu v rodičovské roli	19
3. PROTEKTIVNÍ A OSLABUJÍCÍ FAKTORY V ZÁVISLOSTI A LÉČBĚ	22
3.1. Příčiny vzniku závislosti	22
3.2. Psychické faktory závislosti	24
3.2.1. Motivace	24
3.2.2. Emoční prožívání.....	25
3.2.3. Tendence k určitému způsobu chování	25
3.2.4. Osobnostní vlastnosti	25
3.2.5. Sociální faktory.....	26
3.2.6. Vliv dysfunkční rodiny	27
3.3. Teorie patogeneze závislosti	29
3.3.1. Psychologické výklady.....	29
3.3.1.1. Teorie učení	29
3.3.1.2. Teorie redukce tenze	30
3.3.1.3. Dvoufázová teorie	30
3.3.2. Sociologické přístupy	30
3.3.3. Přístupy kulturní antropologie.....	31
3.3.4. Biologické teorie	32
4. SMYSL ŽIVOTA PODLE VIKTORA EMILA FRANKLA	34

4.1.	Logoterapie	34
4.2.	Životní smysl.....	35
4.3.	Zdroje životního smyslu	36
4.4.	Důsledek ztráty životního smyslu.....	37
5.	PRAKTICKÁ ČÁST	39
5.1.	Cíl empirické části.....	39
5.2.	Použité metody	39
5.3.	Výsledné sumarizované odpovědi pacientů	41
5.3.1.	Oslabující faktory	41
5.3.2.	Smysl života.....	47
5.4.	Grafické zpracování výsledků	52
6.	DISKUSE	54
7.	ZÁVĚR.....	59
8.	SEZNAM LITERATURY.....	61
9.	SEZNAM PŘÍLOH	Chyba! Záložka není definována.

1. ÚVOD

„Vidím tak chodit sebe po bytě, z kuchyně do předsíně, hledajícího po kapsách cigarety, našlapujícího na špičky, abych nezvбудil děti. Žena jen dělá, že spí. Jako vždycky, ale já vím, že slyší každý můj pohyb, že trne strachy, abych neutekl zpátky do noci, nevědouc, jaké zvíře ze mne v té chvíli vyskočí. Ale jako vždy, nemusí se bát: ve mně jsou jen skučící, ukňučení zbabělci, kteří netouží po ničem v tuto chvíli, po ničem jiném netouží tak, jako po jejím tichém zavolání: „Petře, pojď ke mně, kde jsi byl a co Tě trápí?“ A zase jako vždy v takových situacích, se ten mírný, nežný hlas nikdy neozve. Jenom, nemá úzkost na mě padá z pootevřených dveří ložnice a z pokoje slyším klidný dech dětí, jimž připravuji zničení, jimž podrývám zdi domova. Jak je nekonečné to utrpení, kdo je ze mne sejme. Jsem bláto, třesoucí se močál bez jediné pevné stezky.“ (Skála, 1988: 49)

Uvedený úryvek přibližuje problém alkoholové závislosti nejen jako problém závislého jedince, ale i jeho okolí. Člověk závislý na alkoholu jedná a jeho okolí reaguje. Nikdo závislému nemůže nic říct, on je centrem pozornosti. Věčné slibování, věčné doufání okolí a zapomínání blízkých, na stovky nesplněných slibů. Moc alkoholu se zdá být po překročení určité hranice téměř neomezena. Překročit tuto hranici často trvá dlouho a člověk svůj krok mnohdy ani nezpozoruje. Nové budování stabilního světa s pevnými hranicemi však vyžaduje spoustu čas, usilovnou práci a disciplínu závislého. Jedinců, kteří mají problémy s alkoholem neustále přibývá, snižuje se věková hranice těch, kteří s tímto problémem vyhledávají lékařskou pomoc. Tento fakt byl jedním z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma pro svou práci.

Práce „Závislost na alkoholu a její léčba- protektivní a oslabující faktory“, bude rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části představím základní informace o závislosti na alkoholu. Jedna z kapitol bude věnována konceptu smyslu života podle Viktora Emila Frankla.

Empirickou část práce provedu kvalitativní formou. Kvalitativní data budou sebrána na základě polostrukturovaných rozhovorů s pacienty Psychiatrické léčebny v Praze, Bohnicích. (dále jen PL Bohnice)

Tato bakalářská práce si klade za cíl vytipovat ze sebraných dat konkrétní oslabující faktory, které člověka mohou vést k závislosti na alkoholu. Protektivní faktory, které

budou ze sebraných dat vytipovány, budou dány do souvislosti se smyslem života podle psychoterapeutického směru logoterapie. Na základě tohoto propojení bych ráda vyzdvihla, co, eventuálně kdo, pomáhá závislým jedincům v jejich léčbě a jaká je jejich nejčastější motivace pro budoucí abstinenci.

2. F.10- ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

2.1. *Závislost na alkoholu dle MKN10*

„*Závislost na alkoholu je směsí choroby a nedisciplinovanosti.*“ (Skála, 1987:14) Od roku 1943 je závislost na alkoholu vnímána jako nemoc. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) od roku 1951 nahlíží na problém alkoholové závislosti z medicínského hlediska. V roce 1974 zavádí termín „problémy související s alkoholem“. Tento název zahrnuje veškeré negativní důsledky užívání alkoholu a to jak ve vztahu k jedinci, tak k jeho okolí, i celé společnosti. Okolí alkoholika je často zasaženo vztahovými problémy, verbální agresí jak vůči partnerovi, tak vůči dětem, ekonomickým úpadkem rodiny apod. Závěr WHO, která zasedala v Paříži v roce 1983 uvedl: „*Jestliže to myslíme upřímně, snahami o dobré zdraví pro všechny do roku 2000, pak nemůžeme ignorovat problémy související s požíváním alkoholu. Na ně je nutno dívat se jako na důsledky specifických životních stylů a hodnot jednotlivců i celých společností. Problémy související s alkoholem nejsou tedy zdaleka omezeny na problémy lidí s abúzem¹ alkoholu, nebo syndromem závislosti.*“ (Skála, 1987:13)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) je diagnóza alkoholismu označována kódem F10. (Psychiatrické centrum, 2006)

„*Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného*

¹ Abúzus (abuse)- nadužívání, zneužívání. Nadměrné požívání psychotropních, nebo toxických látek jako je alkohol, káva, tabák, léky, např. na spaní aj. (Hartl, Hartlová, 2000)

² Jako psychoaktivní označujeme látky, které mohou měnit psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Důsledkem jejich užívání může být akutní intoxikace, zneužívání, závislost.“ (Vágnerová, 2008: 548)

³ Syndrom abstinence, hovor. absták: soubor příznaků vyvolaných náhlým přerušením užívání návykové látky, odvykací příznaky mohou být a) tělesné, např. svalové křeče, motorický neklid, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem, nutkání na zvracení, slzení, žaludeční křeče, nebo b) psychické, jako je neklid, podrážděnost, depresivní ladění, úzkost, emoční labilita, skleslost, útlum napětí, zmatenost, hostilita, agresivita (Hartl, Hartlová, 2000)

⁴ Racionalizace- obranný mechanismus, rozumové zdůvodnění a ospravedlnění určitého chování, které by jinak bylo nepřijatelné, tabuizované (Hartl, Hartlová, 2000)

užívání psychoaktivní látky². Závislost lze chápat jako životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tuto látku.“ (Smolík, 1996 in Vagnerová: 2008, 548).

² Jako psychoaktivní označujeme látky, které mohou měnit psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Důsledkem jejich užívání může být akutní intoxikace, zneužívání, závislost.“ (Vágnerová, 2008: 548)

Syndrom závislosti (statistický kód Fx.2), na místo x před desetinou tečkou se doplňuje jedna z níže uvedených návykových látek, dle druhu závislosti.

- Poruchami vyvolanými požíváním opiodidů- F11
- Poruchami vyvolanými požíváním kanabinoidů- F12
- Poruchami vyvolanými požíváním sedativ a hypnotik- F13
- Poruchami vyvolanými požíváním kokainu- F14
- Poruchami vyvolanými požíváním jiných stimulancí (včetně kofeinu)- F15
- Poruchami vyvolanými požíváním halucinogenů- F16
- Poruchami vyvolanými užíváním tabáků- F17
- Poruchami vyvolanými užíváním organických rozpouštědel- F18
- Poruchami vyvolanými požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

Podle MKN -10 diagnostikujeme akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotickou poruchu s pozdním začátkem, jiné duševní poruchy a poruchy chování, nespecifikované duševní poruchy a poruchy chování. (Psychiatrické centrum, 2006)

Za návykovou látku je považována každá chemická látka, která je schopna změnit psychický stav jedince a na kterou si jedinec může vytvořit návyk, nebo závislost. Množství návykových látek je velmi vysoké a jejich účinky jsou velmi rozmanité. (Zvolský a kol., 1996)

2.2. *Historie alkoholu*

Alkohol se váže k člověku od úsvitu dějin. Substantivum alkohol pochází z arabského slova „al-ka-hal“, což je označení pro jemnou, zvláštní látku. Lidé tedy měli vždy sklon hledat možnosti, jak uniknout svým každodenním problémům a jak

dosáhnout pocitů pohody. Na základě archeologických nálezů můžeme s jistotou tvrdit, že například Čínané vyráběli alkohol z obilí. Alkohol byl využíván ve všech říších starověku. Zprvu to byly nápoje kvašené, tedy zejména víno, medovina a pivo. Byly podávány k různým liturgickým úkonům, rituálům, lidským „obětem“ (zřejmě jako anestetikum). Ostatním mohlo být dopřáno odměnou za mimořádné hrdinské skutky. V legislativě všech starých kultur bylo pamatováno na opilství a převážně bylo trestáno. K těmto případům však v podstatě nedocházelo. Již 400 let před Kristem byly Hipokratem popsány syndromy chronického alkoholismu. Lykurgos ve Spartě kupříkladu záměrně opíjel helóty, aby na nich předvedl občanům, k jakým koncům může vést nadměrná konzumace alkoholu. Muhamad (270-360 n. l.), zakladatel islámu, prozíravě zamezil všem problémům, které mohly vzniknout. Tento nejúspěšnější propagátor abstinence v dějinách zřejmě vládl duchem prorockým, jelikož skutečný fenomén alkoholismu se rozmohl teprve v 19. Století. Významnou důležitost zde sehrála Průmyslová revoluce.

V českých zemích byl roku 1039 vydán první protialkoholní zákon, Břetislavem I. Zákon obsahoval požadavky na omezení pití alkoholu a zaváděl přísné tresty nejen pro opilce, ale i pro krčmáře, kteří jim nalévali (Jenč, 1998)

Pokud se na alkohol podíváme z chemického hlediska, jde o bezbarvou tekutinu s charakteristickým zápachem, palčivou chutí a bodem varu 77° Celsia. Bod tuhnutí je 130° Celsia. Chemicky je alkohol, přesněji řečeno etylalkohol C_2H_5OH . Molekula alkoholu je složena s uhlíku, vodíku a kyslíku. Alkohol vzniká při kvašení cukru v důsledku působení kvasinek. Zkvašení probíhá pouze do koncentrace 14-16 % alkoholu, při vyšších koncentracích jsou kvasinky alkoholem ničeny. Alkohol se dá získat z jakékoliv formy škrobu, nebo cukru: již bylo vyrobeno pivo z kopřiv, víno z pampelišek, nebo třeba i z bramborových slupek. (Skála, 1988)

Každé historické období mělo drogu, která byla kulturou podporována. V našich zeměpisných šířkách je touto drogou alkohol. Je to nejčastěji zneužívaná psychoaktivní látka, společností nejvíce tolerována. K její konzumaci dochází povětšinou ve skupinách. Míra tolerance společnosti se mění ve chvílích nadměrné alkoholové intoxikace, či při vzniku závislosti jedince. (Vágnerová, 2008)

2.3. *Účinky alkoholu na organismus*

„Nezáleží ani tak na tom, kolik kdo vypije, jako spíše na tom, co mu to udělá.“
(Skála, 1988: 29)

Alkohol je psychotropní látka, působící na náladu především ve směru elevace. Tedy s dysforie na normoforii, z normoforie na euforii. Z tohoto důvodu je potenciální návykovou drogou.

Pivo, obsahuje podle stupně až 8% alkoholu, většina vín 10-12%, některá však i 18%. Destilací vzniklé destiláty obsahují většinou 30-40% alkoholu. Destiláty domácí výroby i nad 50%. WHO udává bezpečnou dávku alkoholu do 20g 100% lihu za den. Toto množství odpovídá půl litru piva, dvěma dcl vína, nebo 50ti ml destilátu. Bezpečná denní dávka je pro muže 24 g, pro ženy 16 g alkoholu. Pro člověka závislého je však nejbezpečnější nepít vůbec. (Višňovský, Bečková, 1998)

Mozková činnost je narušena úměrně s množstvím alkoholu v krvi. V průběhu akutní intoxikace alkoholem rozlišujeme fázi excitační, hypnotickou, narkotizační a asfyktickou.

Hladina ethanolu v krvi je odlišná dle věku konzumenta, biologických, psychologických a sociálních faktorů.

Při hladině 0,5 g v jednom litru krve, tj. 0,5‰ dochází k uvolnění napětí, úzkosti a mírnému snížení zábran. Přichází pocit uvolnění. Tento stav je označován jako podnapilost. Zhoršují se některé smyslové funkce a zpomalují se nervově- svalové reakce.

Pokud hladina ethanolu v krvi dosáhne 1,1 až 1,5 ‰, mluvíme o lehké opilosti. Zvyšuje se euforie, pokračuje ztráta sebekontroly, dochází k motorické neohrabanosti a k prodloužení reakčního času na sluchové a zrakové podněty.

Hodnota 1,6-2 ‰ je označována jako střední opilost. Vzorce chování osoby jsou narušeny. Objevuje se agresivita, náhlé pády jedince, vrávorání, popřípadě pláč. Pokud hladina dosáhne 2,1– 2,5 ‰, hovoříme o těžké opilosti. Dochází k výrazným poruchám rovnováhy, blábolivé řeči a občas také k pomočení, nebo k pokálení.

Hladina 2,6- 3 ‰ prohlubuje stav těžké opilosti. Osoba již není schopna chůze. Pokud hladina přesáhne 3‰, nastává těžká intoxikace a jedinec je v ohrožení života.

Dochází k poruše vědomí, dýchání a komatóznímu stavu.

U většiny populace znamená hladina vyšší než 4 ‰ smrt.

Samozřejmě u osob navyklých na užívání alkoholu bude nejvyšší „snesitelná hodnota“ jiná. Příčinou smrti v důsledku alkoholu bývá nejčastěji udušení aspirovanými zvratky. Alkohol má také za následek naprostou většinu trestných činů násilné povahy. (Zvolský a kol, 1996)

Při vstřebávání alkoholu je důležitý momentální fyzický a psychický stav jedince. Silné nervové vypětí a únava resorpci zpomalují. Stejně tak osoby, které nejsou zvyklé alkohol pít, mají resorpci pomalejší. Při fyzické námaze se naopak vstřebávání alkoholu zvyšuje. Část alkoholu, který zkonzumujeme během jídla, či po něm se vůbec nevstřebá, jelikož dojde k pevnému navázání na požitou potravu. Při jednorázovém požití alkoholu na lačno, je vstřebávání do krve nejrychlejší.

Nejvyšší množství alkoholu, se v krvi člověka vyskytuje zpravidla 40-60 minut po konzumaci. Koncentrace alkoholického nápoje má během vstřebávání také svůj význam. Nejrychleji se vstřebávají ty nápoje, které obsahují 10-20% alkoholu. Méně koncentrované nápoje se vstřebávají pomaleji, z důvodu menšího prostupování alkoholu mezi trávicím ústrojím a krevním oběhem. Organismus alkohol vylučuje z 90-95% okysličováním (oxidací v průběhu látkové přeměny). V 5-10% je vylučován v nezměněné formě, dechem v 4-7%, močí asi v 1-3%. Okysličování alkoholu probíhá z největší části v játrech. (Skála, 1988)

Alkohol je pro organismus člověka toxickou látkou. Do komplikací chronického abúzu, patří „atrofie mozkové kůry, degenerace mozečku, epilepsie, periferní neuropatie, kardiomyopatie, myopatie, alkoholová hepatitida, cirhóza jater, gastritida, pankreatitida, žaludeční vředy a mnoho dalších gastrointestinálních poruch. (Smolík, 2002)

2.4. Vývoj závislosti na alkoholu

„Somatická závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Projevuje se

při vysazení drogy abstinenčním syndromem .“(Vágnerová, 2008: 549)

„Psychická závislost se projevuje „obtížně přemožitelnou touhou vzít svou dávku drogy“, potřebou užívat ji opakovaně a s přesvědčením, že pokud by to jedinec neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává i pouhá představa, že by svou dávku neměl. Závislý jedinec se naučil takto reagovat, zafixoval si, že mu droga něco přináší. „(Dörner a Plog, 1999 in Vágnerová, 2008: 549)

Rozvoj psychické závislosti vždy předchází rozvoji závislosti fyzické a je základem pro pozdější psychotherapeutickou léčbu. (Gohler, Kuhn, 2001). Psychická závislost přetrvává v různé míře u jedince po celý život. Fyzická závislost se dá lékařskou péčí odstranit během několika týdnů.

Závislost se projevuje určitými příznaky, které trvají po dobu alespoň dvanácti měsíců. Mezi přetrvávající příznaky patří silná potřeba jedince užívat látku. Tento stav touhy bývá označován jako bažení, craving. Jedinec není schopen sebekontroly ve vztahu k užívané látce a roste jeho tolerance. Růst tolerance znamená nutnost užívání stále vyššího množství látky za účelem dosažení stejného stavu, jako tomu bylo v počátcích užívání látky. Reakcí na snížení obvyklého množství je pak abstinenční syndrom³. Jedinec začíná mít užití drogy jako svou dominantní potřebu, na jejíž úkor omezuje všechny doposud vykonávané aktivity, či případně omezuje styk s dosavadními přáteli. Přesto, že člověk ví o škodlivosti konzumace psychoaktivní látky, stále ji užívá.

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu můžeme rozdělit do čtyř fází. Poprvé toto rozdělení použil E. M. Jellinek, americký alkohololog českého původu, v roce 1952.

Fáze vzniku závislosti na alkoholu dle E.M. Jellinka jsou:

- fáze občasné konzumace
- fáze prodromální (varovná)
- fáze kritická
- fáze termální (období úpadku).

V průběhu první fáze- fáze občasné konzumace užívá jedinec alkohol k potlačení nepříjemných stavů, k dosažení dobré nálady, nebo je jeho chování projevem sociální

³ Syndrom abstinenční, hovor. absták: soubor příznaků vyvolaných náhlým přerušением užívání návykové látky, odvykací příznaky mohou být a) tělesné, např. svalové křeče, motorický neklid, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem, nutkání na zvracení, slzení, žaludeční křeče, nebo b) psychické, jako je neklid, podrážděnost, depresivní ladění, úzkost, emoční labilita, skleslost, útlum napětí, zmatenost, hostilita, agresivita (Hartl, Hartlová, 2000)

konformity (pití v partě). Postupně je snižována frekvence pití alkoholu a jeho množství se zvyšuje.

V prodromální fázi v důsledku zvýšené konzumace stoupá tolerance k alkoholu, člověk si na něj zvyká a pije stále víc. Nad svým pitím ztrácí kontrolu, často se opije. Varovným znamením je tendence pít sám, případně tajně. V této fázi si člověk začíná uvědomovat, jak vysokou potřebu alkoholu má a pocituje to jako nepříjemné varování.

V období kritické fáze konzumace, tolerance k alkoholu stále roste. Začínají se objevovat alkoholické amnézie, člověk si nepamtuje, co v opilosti dělal. V tomto stadiu jedinec ztrácí kontrolu nad svým pitím, už se nedovede ovládnout a pít „s mírou“. Sám je ovšem přesvědčen, že by byl schopen přestat pít, pokud by to však bylo třeba a kdyby opravdu chtěl. I když si občas dělá výčitky, v blízké budoucnosti nedokáže své chování ovládat. Není toho schopen, i když by rád a někdy se o to pokouší. Závislý člověk již potřebuje alkohol denně, neobejde se bez něj, ať už je jeho primární motivace k pití jakákoliv. Kdyby se nenapil, prožíval by tak nepříjemné pocity, že by dlouho abstinovat nevydržel. Užívání alkoholu vede ke vzniku dalších problémů, zejména sociálního charakteru. Závislý na něm reaguje obrannou racionalizací⁴. Dává přednost společnosti lidí, kteří rovněž pijí a jeho závislost mu nevyčítají. Je zřejmé, že se pod vlivem alkoholu začínají měnit osobnostní vlastnosti. Dochází ke změně v hodnotovém systému jedince, k oploštění zájmů i vztahů k lidem.

V terminálním stádiu dochází k obratu. Tolerance k alkoholu se začíná snižovat. Osoba závislá na alkoholu se rychle opije, ale bez alkoholu nevydrží. Pije prakticky nepřetržitě, první dávku si dává hned ráno. V této fázi se objevují psychické i somatické poruchy, podmíněné dlouhodobým abúzem alkoholu. Sociálně adaptační problémy a konflikty s lidmi jsou stále četnější a závažnější. Závislý člověk si mezi lidmi nevybírá, akceptuje společnost kohokoliv, kdo je ochoten jej přijmout a pít s ním, naslouchat mu. Pro toto stádium jsou typické stavy bezmocnosti, kdy si závislý jedinec uvědomuje svoji neschopnost zvládnout svoji závislost. Má potíže, když pije, i když nepije. Postupně dochází k tělesnému i psychickému chátrání a úpadku v oblasti sociální. (Vágnerová, 2008)

⁴ Racionalizace- obranný mechanismus, rozumové zdůvodnění a ospravedlnění určitého chování, které by jinak bylo nepřípustné, tabuizované (Hartl, Hartlová, 2000)

„Počet osob závislých na alkoholu je vyšší, než počet jedinců závislých na nealkoholových drogách. Většinu závislých tvoří muži, avšak počet závislých žen stále stoupá. V současné době je poměr mužů a žen závislých na alkoholu odhadován na 3-4:1.“ (Vágnerová, 2008: 550)

Dle statistik z roku 2010 je v ČR zhruba 700 tisíc jedinců závislých na alkoholu. V roce 1989 každý Čech zkonzumoval v průměru 8,2 l čistého lihu za rok, v roce 2008 to už bylo však 10,4 litru za stejný časový úsek. Podle evropských statistik patří Češi spolu s Iry, Brity a Dány k národům, které v Evropě nejvíce holdují konzumaci alkoholu. (vyhledáno 26.01.11 na www.alkoholik.cz)

2.5. *Jedinec závislý na alkoholu v rodičovské roli*

Děti, které žijí s otcem závislým na alkoholu, jsou srovnatelné, co do inteligence a sociomotorického vývoje, s dětmi bez otce závislého na alkoholu. Děti závislého otce jsou však častěji pacienti dětské psychiatrie, pedagogicko- psychologických poraden, kojeneckých ústavů, dětských domovů a jsou také mnohem častěji hospitalizovány. Tyto děti i přes svou inteligenci často selhávají ve škole. Rodinné problémy jsou pro dítě důležitější, než například známky ve škole. Vykazují více neurotických rysů, často mají narušenou identifikaci s rodičovskými modely, což je důsledek narušených rodinných vztahů, změny rolí uvnitř rodiny a nepříznivým výchovným prostředím. Na základě narušené identifikace s rodičovským modelem je ohrožen psychosexuální vývoj dítěte a dochází k problematizaci jeho rodičovských postojů. Otcova závislost působí jak na chlapce, tak na děvčata. Chlapci jsou „postiženi“ spíše v pracovním a společenském uplatnění, dívky pak ve společenských postojích a ve svém psychosexuálním vývoji. Věkově nejohroženější se ukazují být děti ve věku 9-11 let. (Skála, 1987)

V rodinách osob závislých na alkoholu je zvýšené riziko, že děti budou trpět nějakou formou deprivace, resp. subdeprivace (Matějček, 2007)

Pro dítě mnohdy rodina přestává být zdrojem jistoty a bezpečí. Děti mívají velmi často adaptační potíže různého charakteru. Některé vzorce chování lze interpretovat jako obranné reakce, jiné mohou vzniknout v důsledku nápodoby rodičovského chování. Pokud se dítě identifikuje s rodičem- alkoholikem bývá jeho chování

značně problematické, jelikož otec v této chvíli není pro dítě vhodným identifikačním modelem. Většinou tomu však bývá naopak, děti si takového rodiče přestávají vážit, bojí se ho a jeho chování je děsí. (Vágnerová, 2008)

Zkušenost z dětství, kdy jeden z rodičů byl závislý na alkoholu může ovlivnit nejen vztah k sobě samému, ale také vztah k okolnímu světu. Často lidé s touto zkušeností mají problém s navazováním hlubokých vztahů. Mají nízkou míru sebehodnocení a častý pocit, že je nikdo nemůže akceptovat takové, jací ve skutečnosti jsou. Zkušenost z dětství posiluje nedůvěru k ostatním, nejistotu a také strach z toho, že budou opuštěny. Časté je vysvětlování si všech potíží jako důsledek vlastního selhání. U jedinců je omezena spontánnost a jsou rezervovaní i v projevu vlastních pocitů. Velmi častá je jejich reakce na situaci, kdy dochází k odkladu nějakého uspokojení. Tento odklad je jimi chápán jako zmaření a jsou přesvědčení, že k uspokojení již nikdy nedojde. Takové chování je důsledkem častého slibování závislého rodiče, který však ve výsledku slib většinou nedodržel.

Děti závislých rodičů mají povětšinou vyhraněný postoj k alkoholu. Buď sami začnou pít, nebo k němu mají odpor.

V partnerském vztahu děti závislých jedinců přijímají velmi často roli loajálního partnera, který se nechá využívat druhým. Přijetí takové role souvisí s nízkým hodnocením sebe samého a potřebou udržet si něco, co je jisté, i když ne zcela vyhovující. Taková situace přímo koreluje s jejich zkušeností z dětství.

Otázka, zda závislost jednoho z rodičů podmiňuje defektnost jejich dětí je stále v popředí zájmů odborníků. Faktem je, že děti závislých rodičů, se v budoucnosti stávají častěji na alkoholu závislými oproti svým vrstevníkům, kde se model závislého rodiče nevyskytoval. Vysvětlením tohoto faktu mohou být faktory genetické či sociální. (viz. kapitola 3) Starší výzkumy kladou důraz na vliv prostředí. Závěry těchto prací říkají, že dětí alkoholiků, pokud byly vychovány v rodinách, kde alkohol nebyl požíván v nadměrné míře, či v rodinách abstinentů, měli v dospělosti vztah k alkoholu podobný, jako jejich prostředí a závislými se nestaly. Jiné výzkumy však přikládají vyšší vliv genetickým dispozicím. (Zvolský a kol: 1996)

Důsledky mužovi závislosti na alkoholu bývají různé. Častý je odchod partnerky s dětmi. Jedinec začne pít ještě více a dále chátrá. Mnohdy je však odchod rodiny ta chvíle, kdy mu dochází vážnost oné situace, hloubka jeho problému a rozhodne se

sám pro léčení.

V některých rodinách má alkohol homeostatickou funkci, slouží jako náhradní způsob řešení problémové situace. Paradoxně právě alkohol udržuje rodinu pohromadě, i když její funkce není zcela uspokojivá. Rodina alkohol označuje za viníka všech svých problémů a očekává, že léčení závislé osoby a následná abstinence odstraní veškeré potíže. Potíže však dále přetrvávají a často dochází k rozpadu manželství. V takové situaci je vhodné léčení závislého jedince spojit s rodinnou, resp. manželskou terapií. Závislý člověk by nevydržel abstinovat, pokud by se nezměnilo chování jednotlivých členů rodiny. Problémy, které v rodině byly a které vedly k užívání alkoholu, by i po návratu z léčby nadále, s největší pravděpodobností přetrvávaly a zvyšovaly by riziko recidivy. (Matoušek, Pazlarová, 2010)

3. PROTEKTIVNÍ A OSLABUJÍCÍ FAKTORY V ZÁVISLOSTI A LÉČBĚ

3.1. *Příčiny vzniku závislosti*

Vznik alkoholismu není jednorázová záležitost. Z pijáka se stává alkoholik dle jeho věku, za různou dobu. U 15ti letého člověka je to cca půl roku a více. U dospělého jedince trvá vznik závislosti většinou roky (až pět let). Čím je tedy člověk mladší, tím vzniká závislost rychleji. U mladých lidí jde o prostředek záměrné intoxikace. (Řehan, 1994)

Pro adolescenta může být v počátku užívání psychoaktivní látky obtížné rozeznat, že mu ono užívání skutečně způsobuje problémy. Není přeci tak neobvyklé občas přijít o brigádu, dostat občas špatnou známku, nebo nevycházet doma s rodiči. Oklámání sebe sama, často vzniká za významného přispění sociální skupiny, ve které se jedinec pohybuje. (C.C.DiClemente, 2003)

Důvodem k pití alkoholu je nejčastěji nuda a neschopnost využití času.

Mnoho mužů pije kvůli své práci. Některá zaměstnání jsou „předurčena“ k velkým počtům jedinců závislých na alkoholu. Jsou to povolání doprovázená stresem, nadměrnou únavou. Taktéž práce, kde hrozí riziko pochybení, nebo je zde vysoká míra zodpovědnosti. Patří sem často lékaři, policisté, soudci, atd.

Z dlouhodobých studií bylo zjištěno, že mnohem více tíhnou k alkoholu lidé manuálně pracující nebo podnikatelé. Dále se ukázalo, že nekvalitní rodinné prostředí (hádky, fyzická i verbální agresivita) bylo u mužů evidovaných pro závislost na alkoholu častěji přítomno, než u jedinců, kteří nebyli závislí.

Více jsou závislostí ohroženi také jedinci pouze se základním vzděláním a ti, kteří pracují v prostředí, které klade minimum nároku na další vzdělávání. Nejvíce jsou z tohoto pohledu ohroženi stavební dělníci a pracovníci ve veřejném stravování. (Řehan, 1994)

Pokud se zabýváme rizikovými faktory z hlediska vzniku závislosti u jedince,

mluvíme o třífaktorové struktuře podmínek. Třemi faktory jsou:

- jedinec (osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu)
- droga
- sociální prostředí.

Příčina rozvoje závislosti nebývá povětšinou jediná, ale je to právě souběh několika faktorů.

Jsou lidé, kteří konzumují různé psychoaktivní látky a přesto se na nich nestanou závislými. U těchto jedinců jsou silnější protektivní faktory rozvoje návyku, oproti těm rizikovým. Oněmi protektivními faktory může být míra sebehodnocení jedince, pozitivní vztah k přátelům, kteří žádné psychoaktivní látky neužívají a dostatečně smysluplné trávení volného času. Mezi rizikové faktory pak patří především nízký status sebehodnocení a nekritický postoj k psychoaktivním látkám.

Právě míra sebehodnocení je důležitým faktorem při rozvoji závislosti. Její porucha je většinou spojena s nedostatkem sebejistoty během interpersonálních styků a nedůvěrou ve své schopnosti a sebe samého. Jedinec obtížně snáší situace, kdy je vystaven stresu, konfliktu či situacím, které vyvolávají napětí. Právě neschopnost snášet frustrující stavy vede často k tomu, že jedinec sahá po psychoaktivních látkách. Mezi ohrožené jedince patří Ti, kteří jak je zmíněno výše, mají nedostatečně vyplněný volný čas, vše jim připadá nudné a výrazněji se nezajímají o žádnou oblast. Povětšinou nemají žádné dlouhodobější plány, ani sny, které by si chtěli splnit. Časté úsloví, které používají: „To stejně nemá smysl!“

Rizikovým faktorem je také konzumace psychoaktivních látek ve společnosti jedince. Sekundární sociální skupiny, které mají pro adolescenty důležitý význam bývají často místem prvního styku s látkou. Vliv party z pohledu sociální konformity je značný.

Krizové je pro jedince také aktuálně prožívané, těžké období. Pocit krize, který pramení z neúspěchu ve škole, v povolání, zklamání v blízkém člověku aj.

Významně ohroženou skupinou jsou madiství, kteří během svého dětství, nebo adolescence zažili přerušení nějakého významného vztahu. Myšleno je zde nejen odloučení od rodičů, ale také smrt, přestěhování se do jiného města a odtrhnutí od skupiny kamarádů, nová třídní skupina, či ukončení významného přátelského vztahu. (Vágnerová, 2008)

Jako kritické pro rozvoj závislosti se dále ukazuje, pokud jedinec v počátcích

konzumace návykové látky zaznamenává minimum negativních aspektů užívání látky, nebo téměř vůbec žádné. Nedostatek, či absence negativních zkušeností osobu nenutí k zamyšlení se nad ukončením užívání látky, nebo alespoň nad mírou její rizikovosti. Každý člověk má přirozenou potřebu redukovat negativní důsledky svého chování a negativní pocity, které prožívá. Pokud negativní pocity absentují, vytváří se iluze bezproblémovosti ve vztahu k užívané látce.

Závislý jedinec je stále více a více ovlivňován svým závislostním chováním. Nově naučené vzorce chování se postupně stávají přirozenou součástí jeho života. Člověk pak vyhledává známé, kteří mají stejné preferenční hodnoty. Těmito preferenčními hodnotami jsou obvykle užívané psychoaktivní látky.

Jsou lidé, kteří jsou závislí a nechtějí se své drogy, ať už je její podoba jakákoliv vzdát. Vědí o možných rizicích jejího užívání. Některým již užívání dané látky způsobilo problémy různého druhu. Nicméně negativní důsledky jejich chování pro ně nejsou natolik ohrožujícími, aby s užíváním látky přestaly. Období abstinence jim, z jejich pohledu, v současné době nepřináší nic pozitivního. Mnozí závislí také nevidí souvislost mezi negativními prožitky, situacemi, které se dějí a svou závislostí. Oslabující faktory u těchto osob převládají, oproti protektivním. (C.C.DiClemente, 2003)

3.2. Psychické faktory závislosti

3.2.1. Motivace

„Motivace, která je spouštěčem experimentování s psychoaktivní látkou, může vycházet z individuálních potřeb, nebo je důsledkem sociálního tlaku, např. spolupracovníku, či vrstevnické skupiny.“ (Vágnerová, 2008: 552)

Obvykle se jedinec snaží uniknout něčemu negativnímu, chce získat něco pozitivního, či je jeho chování důsledkem sociální konformity. Ze studií různých autorů vyplývá, že tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké psychoaktivní látky (a tím i vzniku závislosti). (Řehan, 1994)

3.2.2. *Emoční prožívání*

Vedle motivace je kladen důraz i na emoční prožívání. Právě nezvládání emočních stavů a touha, či potřeba dosáhnout lepších, je jedním z důvodů, proč člověk sahá po droze.

K takzvanému „řešení“ problému pomocí psychoaktivních látek mají častěji sklon lidé, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sami sebe, ani své okolí. Nelze říci, že se vždy jedná o lidi s nižší inteligencí, i když velmi často jde o jedince s nižší úrovní vzdělání. Jsou to lidé, kteří mají neadekvátní sebehodnocení, nízkou sebedůvěru a velmi často neadekvátní očekávání v budoucnosti. Často nemají vytyčeny žádné dlouhodobé cíle. Právě vázanost na aktuální situaci zvyšuje riziko volby nepřiměřeného řešení případných problémů. (Vágnerová, 2008)

3.2.3. *Tendence k určitému způsobu chování*

Závislí jedinci mají často problémy v oblasti autoregulace. Nemají dostatečně rozvinuté volní vlastnosti, mají sníženou sebekontrolu a sklon k impulzivnímu chování. Jsou to lidé, kteří často nejsou schopni odložit uspokojení svých potřeb. Tento způsob chování a reagování je běžný v období adolescence, kdy nejistý dospívající jedinec má sklon ke zkratovitému jednání. To je také jeden z důvodů, proč jsou dospívající jedinci tolik ohroženi skupinou. Obecně tedy platí, že jedinec, který se nedokáže ovládat bude pravděpodobněji experimentovat s psychoaktivními látkami, respektive nedokáže udržet míru, například v pití alkoholu a proto si snadněji vytvoří návyk. (Vágnerová, 2008)

3.2.4. *Osobnostní vlastnosti*

Lidé, kteří jsou v nepohodě, jsou nejistí, citově, či emočně labilní a velmi snadno se dostávají do stresu. Hlavní riziko spočívá v tom, že onu stresovou zátěž pro ně představují každodenní situace. „Podle Clonigerovy typologie osobnosti to bývají lidé, kteří mají zvýšenou potřebu vyhledávat nové a vzrušující zážitky. Mívají větší tendenci riskovat a menší citlivost k ohrožení.“ (Vágnerová, 2008: 552).

Rizikovým faktorem pro vznik závislosti je existence psychické poruchy, nebo choroby. Například schizofrenie, nebo deprese. Dále jde o poruchy osobnosti, které

významně zvyšují celkový pocit nepohody a zároveň eliminují mechanismy autoregulace. V takových případech se pak mluví o sekundárním alkoholismu. (Vágnerová, 2008)

Je velmi důležité odlišovat osobnostní faktory, které člověka v určité míře predisponují k rozvoji závislosti a klinický obraz jedince již závislého. Pacienti, kteří nastupují protialkoholní léčbu jsou často depresivně laděni, s nízkou mírou sebehodnocení. Tento stav jedince je výsledkem jeho závislosti, nikoliv jeho příčinou.

Teorie moci od McClellanda říká, že pijí hlavně muži usilující o osobní moc. Tedy muži, kteří se cítí primárně slabí a konzumace alkoholu jim přináší osobní pocit síly. Jiní autoři říkají, že k závislosti na alkoholu je predisponován ten jedinec, který *„chce být navenek nezávislý na druhých lidech, ale přitom unvitř silně touží po závislosti.“* (Skála, 1987:35) Empirie tohoto tvrzení je velmi sporná.

Významné pro popis osoby, která je predisponována k rozvoji alkoholismu jsou čtyři longitudinální studie, které sledovaly, jak se v dětství a adolescenci projevovali lidé, kteří se později stali závislými na alkoholu a jak se projevovali muži bez problémů s alkoholem. Tři studie přinesly stejný výsledek: lidé později závislí na alkoholu se v průběhu dětství a adolescence projevovali jako antisociální či impulsivní. Vaillat (1983) poukázal na negativa studie, jelikož první dvě sledovaly ty chlapce, kteří inklinovali k problematickému chování. Sám prováděl studie, ve kterých převažovali neproblémoví chlapci. „ Zjistil, že hoši s disociálními sklony mají v dospělosti velmi často problémy s alkoholem. Většina dospělých abuzérů ve sledovaném souboru však původně nejevila disociální rysy. Mnozí závislí muži se disociálními stali později následkem abúzu.“ (Skála, 1987: 36)

3.2.5. Sociální faktory

Sociální faktory mohou také velmi významně přispět ke vzniku závislosti.

Společnost, ve které se jedinec nachází může být společností, kde je psychoaktivní látka velmi snadno dostupná. Městské prostředí nabízí větší dostupnost drogy, vyšší anonymitu a stejně tak nižší možnost kontroly nežádoucího chování.

Sociální skupina, ve které se jedinec vyskytuje má své vlastní normy a hodnoty.

Užívání alkoholu tu může být běžné. Za rizikové jsou považovány také profese, které přinášejí vyšší míru stresu, či nabízí snadnější dostupnost psychoaktivních látek (zdravotníci, číšníci aj.). (Vágnerová, 2008)

Kandel (1983) označuje pití v rámci sociální skupiny v období adolescence jako exhibicionistické. (R.L.Collins, 1990)

Jedinci s nižší úrovní vzdělání, jsou ohroženou skupinou. Dosažení vzdělání často předcházely problémy ve škole, korelující mnohdy s dysfunkční rodinou a s tím i souvisejícím sociálním znevýhodněním. Socioekonomický status rodiny je také jedním z významných, ohrožujících faktorů.

Sociální deprivace ve smyslu nezaměstnanosti, absence možnosti seberalizace, či zázemí je také rizikovým faktorem. (Vágnerová, 2008)

3.2.6. Vliv dysfunkční rodiny

Dítě není citově akceptováno, často je deprivováno. Není vhodně vychovááno, chybí disciplína a modely chování, které by přijalo za své. Sklon užívat psychoaktivní látku může vzniknout také jako nápodoba rodičovského chování.

Literatura často uvádí, že osoby, které jsou závislé na alkoholu, měly dominantní matku a pasivního otce. Empirické studie ukazují, že v rodině takových jedinců je vyšší množství nepříznivých vlivů než v rodinách jedinců, kteří nemají s alkoholem problém. Studie Cloninger et al. (1981) a Bohman et al. (1981), kteří prováděli studii dětí, jež byly od útlého dětství vychovávány adoptivními rodiči, ve svém závěru říká, že u mužů existují dva typy závislosti hereditárně podmíněné. První, častější ukazuje na nepříznivost rodinného prostředí, druhý poukazuje na biologickou dědičnost. Zjištěním studií bylo, že závislost adoptivního rodiče nebyla rizikovým faktorem pro adoptované dítě. (Skála, 1988)

Výzkumy byl tedy prokázán značný vliv rodiny, pro budoucí závislostní chování jedince. Děti mají tendenci kopírovat chování, které vidí u svých rodičů. Pokud je otec, či matka závislý, aniž by dítě vědomě chtělo, přebírá některé vzorce chování. Během dospívání, kdy člověk prožívá v důsledku adolescence spoustu vnitřních konfliktů je rodinná stabilita velmi důležitá. Rodina, která člověku neposkytuje dostatečný pocit bezpečí a ve které panuje významné napětí mezi jejími členy, jedince často vede k prvotním experimentům s psychoaktivní látkou. Tyto

experimenty umožňují, alespoň na chvíli, utéct od problémů, které jsou v rodině markantní. Problémem může být sourozenecká rivalita, přílišná pedantnost rodičů, nebo naopak jejich nezáměr o dítě, aj. Jedinec, který má kolem sebe dostatečně stabilní rodinnou síť a pro kterého jsou rodinné vztahy, vztahy bezpečnými, je méně ohroženo závislostním chováním v budoucnosti. Běžné limity v chování, které fungující rodina utváří, jsou pro dítě protektivní, z hlediska možného rizikového chování v budoucnosti. (C.C.DiClemente, 2003)

3.3. *Teorie patogeneze závislosti*

3.3.1. *Psychologické výklady*

3.3.1.1. *Teorie učení*

Základním faktem v rámci teorie učení je, že „*akt konzumu alkoholu je chováním naučeným, zpevňovaným pozitivními účinky alkoholu, odměnou, která po napití přichází.*“ (Skála, 1987:34) Jde tedy o instrumentální učení, kdy je naše chování posíleno na základě zákona efektu o kterém mluví E. Thorndike. Pozitivní odměna posiluje chování, negativní odměna inhibuje chování.

V čem tedy spočívá ona „odměna“ alkoholu? Bandura říká, že: „*excesivní konzum alkoholu je zpevňován centrálně tlumivými a anestetickými vlastnostmi alkoholu.*“ (Skála, 1987: 34) Z tohoto trzení vyplývá, že osoby, které jsou častěji vystaveny stresu, jsou více náchylnější k tomu, aby konzumovaly ony „anestetické“ dávky alkoholu. Zatímco lidé vystaveni stresovému prostředí méně, mají alkohol pouze jako „slabé zpevnění“. Negativní sociální důsledky konzumace alkoholu nemají na proces učení vliv z toho důvodu, že přicházejí později, než „úleva“ po požití „anestetického“ množství alkoholu. Učení je tedy zpevňováno nejvíce bezprostředními reakcemi na vykonaný akt. Bandura také zmiňuje důležitost sociálních vzorců v pití. Ne každý jedinec, který je vystaven stresujícím prostředí se stává závislým na alkoholu. Důležitost má i vliv příjemných sociálních interakcí během společné konzumace. (Skála, 1987)

Jeden z modelů vzniku závislosti uvádí, že reakce na alkohol mohou být různé a vždycky jsou komplexní. Hlavní důraz je kladen na kognitivní zpracování a způsob interpretace vlastního chování v této situaci. Ten se postupně zafixuje a zautomatizuje. (Vágnerová, 2008)

3.3.1.2. Teorie redukce tenze

Teorie vycházející ze dvou hypotéz. První hypotéze zní: „*Alkohol redukuje tenzi.*“ (Skála, 1987: 34), druhá: „*Organismy konzumují alkohol, aby využily jeho schopnosti redukovat tenzi. Druhá z hypotéz předpokládá platnost první.*“ (Skála, 1987: 34) Tato teorie je podložena experimenty ze 40. let 20. století. Ty však byly později negativně kritizovány. Negativní kritika směřovala hlavně k tvrzení, že alkohol vyvolává u abuzérů častěji negativní emoce. Poukazoval tedy na jednostrannost této teorie. Alkohol má řadu dalších účinků, například výše zmíněnou schopnost redukovat tenzi.

3.3.1.3. Dvoufázová teorie

Dvoufázová teorie účinku alkoholu říká, že zprvu stimuluje jedince a vyvolává euforii a v okamžiku jeho poklesu v organismu dochází k dysforii. Pro jedince závislé na alkoholu je typická touha znovu přepít dysforickou fází. Podle Ludwiga a Goodwina (in Skála 1987) jsou k závislosti predisponováni jedinci, „*kteří nemají fyziologickou intoleranci vůči alkoholu a u nichž alkohol vyvolává zvláště silnou euforii, když se s ním seznamují.*“ (Skála, 1987: 35)

3.3.2. Sociologické přístupy

První, kdo začal zkoumat závislost na alkoholu ze sociologického hlediska byl Francis Bacon. Zabýval se úlohou alkoholu v moderních komplexních společnostech, kde je mnoho činitelů, kteří lidi rozděluje. „*Komplexita vede k potřebě integrativní funkce, jež by zmírnila tenzi, nejistotu a vzájemnou podezřavost, ukázalo se, že alkohol tuto funkci může splnit.*“ (Skála, 1987: 37) Alkohol, jak je známo, snižuje tenzi a zábrany mezi lidmi, kteří se neznají. Z hlediska společnosti je však alkohol dysfunkční, narušuje patologicky její řád. To, jaký alkohol se konzumuje, jaké množství, v jaké situaci je dáno společností. Bales (in Skála, 1987), který se zabýval analýzou konzumu alkoholu rozlišuje pítí rituální, konvivální a utilitární. Pítí rituální souvisí s náboženskými idejemi, pítí konvivální souvisí se solidaritou pijících a pítí utilitární směřuje k intoxikaci své osoby, nebo osob jiných.

Vysoký výskyt závislosti na alkoholu v některých společnostech je vysvětlován anomii.⁵ Durkheimovo pojetí hovoří o rozpadu sociálních norem, Mertonovo se zabývá stavem, který ve společnosti nastává ve chvíli, kdy nemá společnost prostředky k dosažení svých cílů, v než věří. Závislost na alkoholu je právě jednou z forem, jak se lze na anomii adaptovat.

Sociologickým výkladem toho, proč ženy pijí méně než muži, je odlišnost jejich sociálních rolí. Formy konzumace alkoholu se liší i dle stupně dosaženého vzdělání. Méně častěji alkohol konzumují lidé s vyšším vzděláním, naopak častěji muži bez maturity, či vyučnického listu.

Rizikové faktory v zaměstnání pro rozvoj závislosti na alkoholu jsou dle Whitheada a Simpkinse (in Skála, 1987) například sociální nátlak na pití, příležitost k levnému napití, převaha mladých spolupracovníků a souhlas spoluzaměstnanců s pitím. Plantova studie (in Skála, 1987) ukázala, že jedinec může upustit od vysokého konzumu, pokud opustí zaměstnání, které je z hlediska závislosti na alkoholu rizikové. (Skála, 1987)

3.3.3. *Přístupy kulturní antropologie*

Zvyk požívat alkoholické nápoje, stejně tak způsob, jakým je alkohol užíván se liší v rámci jednotlivých kultur. Stejně tak různé kultury připisují alkoholu odlišný význam, dle uznávaných hodnot a zvyků své společnosti. Mnoho preliterárních společností za určitých sociálních situací vyžaduje konzum alkoholu vedoucí k intoxikaci. Jev závislosti na alkoholu je však v těchto společnostech neznámý. Problémy s alkoholem se objevily u společností, které dlouhou dobu žily pouze svoji „primitivní“ kulturou a poté přišly do styku s kulturou vyspělou, například severoameričtí indiáni.

McAndrew a Edgerton (in Skála, 1987) ukázali na vysokém počtu preliterárních společností, že se lidé po požití intoxikujících dávek alkoholu chovají různě, v odlišných společnostech. Někteří jsou agresivní, jiní sexuálně promiskuitní, jiní naprosto ukáznění. Lidé se během svého života učí o alkoholu to, co ví společnost,

⁵ Anomie- stav rozkladu soustavy individuálních i společenských hodnot, resp. situace, v níž soc. normy ztrácejí schopnost ovlivňovat jednání jedinců/ z hlediska jedince stav, v němž soc. normy neplatí, nebo si vzájemně konkurují: situace vzniká tím, že neexistují normy spojené s postavením osob ve společnosti, nebo tím, že nejsou schopny vyhovět normám či hodnotám dané společnosti (Hartl, Hartlová, 2000)

ve které žijí, přijímají tato tvrzení, chovají se v souladu s nimi a empiricky tato tvrzení potvrzují. Všechny společnosti však mají společné to, že opilému jedinci promíjí chování, které střízlivému odpouštěno není. (Skála, 1987)

Jessor (1987) říká, že pití alkoholu je naučené chování, které je v některých kulturách považováno za naprostou běžnou součást každodenního života. (R.L.Collins,1990)

3.3.4. Biologické teorie

Mezi veřejností se často vyskytuje informace, že závislost na alkoholu tzv. „běží rodinou.“ Některá vysvětlení tohoto fenoménu kladou důraz na genetické dispozice. Genetické dispozice však již nevysvětlují primární rozhodnutí se jedince, pro konzumaci alkoholu. Biologické předpoklady závislosti sami o sobě, se ukazují jako nedostatečné pro vysvětlení vzniku závislosti. (R.L.Collins,1990)

Genetické dispozice jsou považovány za faktor, který může významně zvýšit tendenci jedince užívat psychoaktivní látku, nicméně nejsou podrobněji dokázány. *„Není jednoznačně určeno, zda jde o komplex specifických genetických informací, podmiňujících např. vznik poruchy osobnosti a s tím související potřebu nadměrného vzrušení, nebo o dědičně podmíněnou produkci určitého mediátoru, resp. změnu jeho receptorů či enzym, který se podílí na zpracování psychoaktivní látky. (v případě alkoholu je to alkoholová dehydrogenáza)“* (Vágnerová, 2008: 551)

Biologický základ vzniku závislosti koreluje s reakcí organismu na psychoaktivní látku. Na zpracování užití látky se podílí mezolimbo- kortikální systém. U alkoholismu hypofunkce mezolimbického dopaminergního systému ovlivňuje jeho účinky. Na základě užití látky a následnému příjemnému pocitu dochází k vytvoření pozitivní zpětné vazby. Je zde tedy uplatněn výše zmíněný princip instrumentálního podmiňování, zákon efektu. Pozitivní účinek přenášejí různé neurotransmitéry, především dopamin, ale i serotonin aj. *„Narušení serotoninových funkcí je považované za jeden z mechanismů zvýšení vulnerability k alkoholu.“* (Vágnerová, 2008: 551). Následkem chronického užívání psychoaktivní látky se mění fungování některých oblastí v mozku. Například dochází ke změně v senzitivitě dopaminu. Přerušování přísunu psychoaktivní látky do organismu vede k poklesu dopaminu a přichází nepříjemný pocit, který stimuluje opětovnou touhu látku získat. Tento proces je označován jako mechanismus dvojí zpětné vazby. Riziko užívání alkoholu

ovlivňují také některé fyziologické reakce, tedy průběh metabolického zpracování látky. Vliv má kvalita a intenzita příznaků během akutní intoxikace. Charakter reakce organismu ovlivňují enzymy označované jako alkoholová dehydrogenáza, nacházející se v játrech a žaludku. Enzymy jsou geneticky podmíněné. Tudíž jedinec, kterému alkohol navozuje příjemné pocity a jeho metabolické zpracování nepřináší negativní následky jej bude s pravděpodobností užívat ve větším množství a častěji, než jedinec, který při metabolickém zpracování alkoholu trpí například bolestmi hlavy, zvracením atd. (Vágnerová, 2008)

Yates (1988) svými výzkumy poukazuje na rizikovost rodiny, pro dítě, ve které se vyskytoval alkohol. (R.L.Collins, 1990)

4. SMYSL ŽIVOTA PODLE VIKTORA EMILA FRANKLA

„...bez pevného bodu v budoucnosti nemůže člověk vlastně vůbec existovat. Smysl života je spojený „s pocitem žít pro něco, nebo žít pro někoho.“ (Tavel:2007)

Úryvek ukazuje, jak důležité je pro člověka vidět smysl v tom, co právě prožívá a jak nutně potřebuje dostatečně pevný bod k životu. Následující kapitola se věnuje základním Franklově⁶ tezím v koncepci smyslu života a představuje v krátkosti psychoterapeutický směr logoterapie.

4.1. Logoterapie

Franklova logoterapie vznikla z jeho osobní zkušenosti. Ve své knize „Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie“ popisuje vlastní prožitou zkušenost z koncentračního tábora. V druhé části knihy pak představuje základní principy logoterapie. Svou knihu psal na útržky papíru, které sehnal v táboře, ono psaní mu dodávalo smysl a tedy i důvod k přežití.

Logoterapie je založena pomoci pacientům nalézt smysl života. Jednou z Franklových koncepcí, která je dnes rozpracována do samostatného směru je existenciální analýza. *„Podle logoterapie je úsilí najít smysl vlastního života prvořadou motivační silou člověka. Proto hovoříme o „vůli ke smyslu“ jako o protikladu k principu slasti (neboli, jak bychom jej také mohli nazvat, k „vůli ke slasti“), na němž stojí freudovská psychoanalýza, stejně jako k principu „vůli*

⁶ V.E.Frankl se narodil r. 1905, vystudoval medicínu ve Vídni, zpočátku byl ovlivněn Freudem, potom existenciálními filozofy. Principy své existenciální analýzy a logoterapie promyslel ještě před válkou. V letech 1942-1945 byl vězněn v koncentračních táborech v Terezíně, Osvětimi a Dachau, kde sdílel se svými spoluvězni hraniční situace lidského bytí, což dodalo zvláštní váhu jeho úvahám o životním smyslu. Tuto problematiku popsal v knize „Eind Psycholog erleb das Konzentrationsnlage“ (1949). Později se stal přednostou neurologického oddělení vídeňské kliniky a profesorem vídeňské univerzity. V rámci propagace svého učení podnikal častá přednášková turné do celého světa. Byl též profesorem pro logoterapii na Americké mezinárodní univerzitě v San Diegu. V r. 1994 mu byl udělen čestný doktorát Karlovy univerzity. I v pokročilém věku dovedl nadchnout posluchače svou zaníceností, vitalitou i sdělovaným poselstvím. Zemřel v r. 1997. (Kratochvíl, 2006:90)

k moci“ zdůrazňovanému adlerovskou psychologií.“ (Yalom, 2006:449) .Frankl ve svém pojetí výrazně odlišuje mezi pudy, které člověka „táhnou“ zevnitř, jako je například pud sexuální, či agresivní a smyslem, tedy hodnotami, které jsou obsaženy v našem individuálním významovém systému. Smysl a hodnoty nás táhnou „zvenčí“. Je zde významný rozdíl mezi usilováním a puzením. Každý jedinec má svůj, individuální životní smysl. Tento smysl však spadá do jedné ze tří franklových obecných kategorií- člověk světu dává něco v podobě svých výtvorů/ člověk si ze světa něco bere v podobě setkání a zkušeností/ člověk zaujímá postoj k osudu, který nelze změnit. Lze ony tři kategorie označit jako tvořivé, prožitkové a postojevé.

4.2. Životní smysl

Smysl života je u každého člověka jiný a je hlavně proměnlivý. Může se měnit z roku na rok, ze dne na den, i z hodiny na hodinu. Je důležité brát v úvahu aktuální okamžik a jedinečnost každého. Logoterapie klade důraz na převzetí osobní odpovědnosti za svůj život. Právě odpovědnost je chápána jako smysl celé lidské existence. Kategorický imperativ logoterapie říká: *„Žij tak, jako by jsi žil podruhé, a jako by jsi byl v prvním životě jednal tak nesprávně, jak hodláš jednat právě nyní!“* (Kocourek, 1994:72) Možnost volby nás vede k odpovědnosti.

Latinské slovo „finis“, konec, cíl. Každý z nás se potřebuje zaměřit na konec, na nějaký cílový bod v budoucnosti, který nám bude oporou v prožívané přítomnosti. Náš vnitřní svět ztrácí svou strukturu, jakmile přijdeme o svou budoucnost. K pocitu prázdnoty a bezesmyslnosti dochází u mnohých nezaměstnaných. Každá činnost, kterou vykonáváme má pro nás smysl pouze tehdy, pokud předpokládáme, či očekáváme její výsledek. Náš dlouhodobý životní smysl se nazývá povoláním, každý má své poslání/povolání, aby v životě vykonal určitou roli. Každý z nás má jedinečnou úlohu, stejně tak jako jedinečnou možnost tuto úlohu splnit. Všechna naše krátkodobá a okamžitá naplnění smyslu nás vedou k onomu našemu životnímu smyslu, tj. k povolání. Smysl života je úzce propojen s pocitem „žít pro někoho, nebo žít pro něco“. Tato nenaplněná citová touha se projeví pocitem pustoty a prázdnoty, který se odráží i na fyzickém stavu jedince. Pokud chybí u člověka absence „povolání“, úlohy, kterou má splnit, tak je vyšší pravděpodobnost úmrtí či onemocnění. Každý z nás je schopen nalézt smysl retrospektivně v tom, co již prožil.

Pomáhají nám k tomu „vrcholné okamžiky“. Stejně tak máme všichni schopnost vnímat smysl nejen v tom, co je, ale i v tom, co být může. Podle Frankla nemůže nikdo z nás svůj smysl života vymyslet, ale musí jej objevit. (Yalom, 2006)

4.3. *Zdroje životního smyslu*

Jaký je smysl mého života? Proč jsem se zde ocitnul ? Proč a k čemu ?

C.G. Jung říká, že ztratit smysl života nám znemožňuje prožít jej plně, stejně jako nemoc. Nemít smysl života je tedy něco jako být nemocný. Smysl svého života můžeme hledat v rámci kosmického, nebo pozemského celku. Z kosmického pohledu náš život spadá do soudržného vzorce a smysl každého určuje Bůh, či jiná duchovní síla. Úkolem jedince je naplnit boží vůli. Pokud tak učiní, bude jeho život po smrti řádně odměněn. Sekulární, nebo také pozemský smysl je velmi obtížné najít. Čím více byla v minulosti zpochybňována existence něčeho abstraktního, něčeho, co se nachází mimo člověka, tím obtížnější je pro jedince utvořit si nějaký osobní smysl. Mít smysl nám pomáhá cítit mnohé obtížnosti života jako snesitelnější.

Například pro psychoterapeuty, stejně jako pro mnohé další pracovníky pomáhajících profesí, je důležitým zdrojem smyslu altruismus. Dalším zdrojem smyslu může být zapálení se pro určitou věc, naše děti, ve kterých žijeme dál, tvořivý život. Bylo například dokázáno, že zaměstnání, která potlačují tvořivost a mění člověka na stroj vytvářejí většinou nespokojenost a to bez ohledu na výši platu. Seberealizace ve smyslu uskutečnění svého vrozeného potenciálu je velmi důležitá. Už Aristoteles ve svých spisech zmiňuje, že skutečným cílem každého objektu a každé bytosti je dozrát a uskutečnit své bytí. Dle Abrahama Maslowa v sobě každý z nás nese potenciál k růstu a všichni oplýváme automatickou silou tento potenciál vyjádřit. Seberealizační potřeby jsou z jeho pohledu potřeby kognitivní (poznání, moudrost, vhled) a potřeby estetické (symetrie, soulad, celistvost, krása, rozjímání, tvořivost, harmonie).

Jedinými pomíjivými stránkami našeho života jsou naše možnosti. Ve chvíli uskutečnění se stávají realitou a navždy se ukládají v naší minulosti. V každém okamžiku se sami rozhodujeme, z jaké možnosti uděláme naši realitu a jakou možnost navždy ztratíme. (Kocourek, 1994)

Pokud se člověk oddává nějaké věci, kterou právě prožívá, utváří tím svou vlastní osobnost. Může se tak oddávat věci, či osobě. Čím víc plníme tuto „úlohu“ tím více jsme sami sebou. Smyslem našeho života tedy není pouze seberealizace, ale také

sebetranscendence ve smyslu něčeho, co člověka překračuje. Transcendence smyslu, „mít smysl“. „*Cokoliv: slova, představy, myšlenky, věci, činnosti, život, nebo svět jako celek má smysl tehdy, jestliže odkazuje na něco mimo sebe, jako je ono samo.*“ (Tavel, 2007:23) Životní naplněnost dle Frankla nespočívá pouze v hledání našeho životního smyslu, ale neméně takvé v tom být na něco, či na někoho zaměřený a být mu oddaný. (Tavel, 2007)

Z pohledu sebetranscendence někteří filozofové podotýkají, že při hledání smyslu je důležité začít u sebe, ale neméně důležité je u sebe nekončit. Frankl říká, že nadměrný zájem o vyjádření sebe samého, o sebeaktualizaci ohrožuje najítí opravdového smyslu. Lidé se nadměrně velmi často zabývají úvahami o sobě samých. Velmi výrazně tuto skutečnost můžeme pozorovat v mezilidských vztazích. Čím více se v nich zaměřujeme na sebe, tím menší uspokojení nám vztah dává. Longitudinálními výzkumy bylo prokázáno, že smysl života se se stoupajícím věkem více obrací na druhé jedince. V období dospívání jsme spíše orientovaní na sebe a zaměřujeme se na vytvoření své stabilní identity a vybudování intimních vztahů. Později, tj. mezi 40ti a 50ti lety, se aktivity člověka stávají více transcendentními a stoupá míra jeho altruismu. (Yalom, 2006)

4.4. Důsledek ztráty životního smyslu

Jaké jsou faktory, které v současné kultuře přispívají ke ztrátě životního smyslu? V dřívějších dobách lidé uspokojovali především své fyziologické potřeby a zaměstnávalo je to natolik, že si jednoduše nemohli dovolit zabývat se otázkou smyslu života. Absence smyslu je tedy spjata s volným časem. „*Absence smyslu se považuje za symptom nějaké důležitější skryté poruchy, jako jsou chronický alkoholismus, další formy zneužívání omamných látek, nízké sebehodnocení, deprese a krize identity.*“ (Yalom, 2006: 454)

Ztráta smyslu života má dvě stádia. Existenciální vakuum a existenciální neurózu. Existenciální vakuum bývá občas nazýváno existenciální frustrací, charakteristický pro tento stav je subjektivní pocit prázdnoty a nudy. Jedinec je cynický a zpochybňuje smysl svých životních aktivit. Do této škatulky patří i známá „nedělní neuróza“. Volný čas člověku najednou velmi silně připomíná, že není nic, co by chtěl

dělat. Pokud se k výše popsaným pocitům připojí klinická symptomatologie, hovoří Frankl o existenciální neúroze. „Podle Frankla na sebe může vzít libovolnou klinickou neurotickou formu, zmiňuje se o různých syptomatických vzorcích- alkoholismus, deprese, posedlost, delikvence, hyperinflace sexu, závislost na hazardních hrách.“ (Yalom, 2006: 454) Symptomy takových neuróz jsou projevem jedincovi zdeformované vůle ke smyslu.

„Dilema moderního člověka spočívá v tom, že mu ani instinkt neříká, co musí dělat, ani tradice co by měl dělat. A stejně člověk neví, co chce dělat.“ (Yalom, 2006: 454)

Člověk na tento stav reaguje dvěma způsoby: konformitou (děláním toho, co dělají druzí), nebo podlehne totalitarismu (dělá to, co si přejí druzí) .(Yalom, 2006)

5. PRAKTICKÁ ČÁST

Teoretická část práce čtenáře seznámila se základními poznatky týkající se alkoholové závislosti a uvedla je do problematiky konceptu smyslu života. Nyní následuje praktická část práce, která bude prostudované poznatky z literatury ověřovat v klinické praxi.

5.1. *Cíl empirické části*

Cílem empirické části je zjistit, zda se oslabující faktory zmiňované literaturou vyskytují u pacientů léčících se z alkoholové závislosti v PL Bohnice.

Empirická část se dále zaměřuje na protektivní faktory v rámci léčby a jejich souvislost se smyslem života.

Jednotlivé protektivní a oslabující faktory, které se u pacientů vyskytují jsou podloženy jejich výpověďmi.

5.2. *Použité metody*

Výzkum byl proveden kvalitativní formou. „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“ (Miovsky, 2006: 18)

Sběr dat byl realizován po dobu třech týdnů v PL Bohnice, v srpnu 2010. Každý všední den jsem docházela na pavilon 35- Pavilon pro nemocné trpící závislostí na návykových látkách, včetně závislosti na hracích automatech. Zde jsem se účastnila celodenního komunitního programu, během kterého jsem pozorovala chování a projevy jednotlivých pacientů a jejich interakci v rámci psychoterapeutické skupiny. Na základě jejich souhlasu jsem si přečetla jimi napsané životopisy a sledovala jejich práci s terapeutickým deníkem.

Hlavní část výzkumu probíhala formou polostrukturovaného rozhovoru (viz. příloha č.4) v pacientově volném čase. Celkem bylo dotazováno patnáct pacientů. První rozhovor byl pilotážní. Práce tedy obsahuje čtrnáct polostrukturovaných rozhovorů. Pacienti se k rozhovoru hlásili dobrovolně. Splněna musela být podmínka diagnostikované závislosti na alkoholu a nejméně týden pobytu na oddělení, z důvodu pravděpodobnější realistické reflexe probíhající léčby. Před začátkem byl každý dotazovaný seznámen s cíli rozhovoru, obsahem zamýšlené práce a nakládání s pořízenými údaji. Následně byl pacientovi předložen k podpisu informovaný souhlas (viz. příloha č. 2) . Z každého rozhovoru byl pro maximální zachycení podaných informací pořízen audio záznam, ke kterému v plné podobě měla přístup pouze autorka práce a vedoucí práce.

Audio záznamy každého pacienta byly přepsány do elektronické podoby. Při analýze získaného vzorku dat autorka vycházela z poznatků načerpaných v literatuře. Otázky, které byly pacientům pokládány, byly cíleně směřovány do několika životních oblastí- dětství, vztahy s rodiči a sourozenci, dospívání, způsob trávení volného času, zaměstnání, vztah s partnerkou/manželkou, vztah s dětmi, přístup k vlastní závislosti. Tyto oblasti se na základě poznatků z literatury zdály býti stěžejními pro vytipování konkrétních protektivních a oslabujících faktorů během rozvoje závislosti na alkoholu a její léčbě. Analýza získaných dat probíhala v kooperaci s teoretickou částí práce.

Autorka se zaměřovala na to, zda se oslabující faktory uváděné literaturou vyskytují v jednotlivých rozhovorech s pacienty PL Bohnice. Smysl života dle Viktora Emanuela Frankla byl propojen s protektivními faktory, které pacienti zmiňovali jako velmi významné a podporující, nejen během léčebného procesu, ale i během rozhodování se, nastoupit do léčby.

5.3. *Výsledné sumarizované odpovědi pacientů*

5.3.1. *Oslabující faktory*

Prostudovaná literatura nejčastěji zmiňuje jako ohrožující faktory pro rozvoj závislosti:

- Přebytek volného času / neschopnost jej trávit smysluplně
- Ohrožující zaměstnání
- Nízkou úroveň dosaženého vzdělání
- Psychický stav jedince (nízká míra sebehodnocení, nižší schopnost autoregulace, emoční labilita, aj)
- Vliv sociální skupiny
- Dysfunkční rodina v dětství

PŘEBYTEK VOLNÉHO ČASU

Ze čtrnácti dotazovaných pacientů, osm jedinců v rozhovoru zmínilo souvislost, mezi svoji závislostí na alkoholu a přebytkem volného času.

„No ja nevím, hodně třeba volnýho času sem měl potom, nebo... já nevím... tam nebyl důvod nějaký. Prostě sem se chtěl napít, tak sem se napil.“ (pacient 1)

„Příčina je spíš nuda, nebo....nuda! Já sem začal brát drogy z nudy. Alkohol sem začal pít jenom že mi to začalo chutnat, ale taky no, spíš abych se přizpůsobil okolí. Kamarádům, a tak . Nikdy nějaký hlubší důvod nebyl. To bylo ze zvědavosti, nebo z nudy, jo. A nebo potom zapadnout někam do společnosti, někam mezi kamarády. No a zachutnalo mi to tak to беру, protože mě to baví, prostě. Pořád mě to baví pít a brát drogy. Mě to prostě baví.“ (pacient 5)

OHROŽUJÍCÍ ZAMĚSTNÁNÍ

V otázce zaměstnání se devět, z dvanácti dotazovaných (dotazováno dvanáct pacientů, dva stále studují) pohybovalo v zaměstnání, které člověka více ohrožuje rozvojem závislosti- zaměstnání v gastronomii, zaměstnání s vysokou mírou zodpovědnosti, stres v zaměstnání, manuální práce a podnikatelská činnost.

„Hm.... ne koho, ale spíš co. Tak práci moji, že jo. Protože tím, že se pohybuju v tom cestovním ruchu a v gastronomii jako takový, asi od 15ti let, tak tam je velmi jednoduchý, asi nejjednodušší, jak tam přijít k alkoholu, že jo. Protože ostatní práce, tam se k alkoholu moc nedostanete, nikde. Ale když prostě děláte v gastronomii a v cestovním ruchu, tak tam chodíte neustále do restaurací, do barů, do hotelů. Tam je to, raz dva.“ (pacient 1)

„Chodil sem na pivo, abych zapomněl na ten hroznej tejden v práci a začal sem pít. Ze začátku to byly třeba čtyři piva, pět piv. Postupem času to bylo třeba deset piv. Pak jsem šel do hospody a dokázal jsem za večír vypít 15 piv a nějakýho panáka, ale pořád sem byl takovej, že sem si všechno pamatoval, že sem se nějak nemotal, nebyl sem agresivní. Pořád to bylo tak nějak v mezích, jo. Žádný třesy, absták, že bych si musel dát po ránu panáka, vůbec. Tak jsem si říkal bezva, mám to docela pod kontrolou, drží to.“ (pacient 2)

„Já jsem rozjel firmu, novou, svoji, sám..... a já jsem začal vydělávat docela dost peněz. Najednou, docela skokově, během jednoho roku. Vlastně z roku na rok a tím jak jsem hodně, hodně jsem pracoval. Do toho to byl jeden stres. Stres z práce, z hodně práce.“ (pacient 3)

„Normální den vypadal dopoledne pracovně a odpoledne jsem se zabýval rodinou, ten kterej sem nepil, ty dny. Ale ty intervaly se jako začaly zkracovat až na takovou dvou- tři týdení mez. Takže dva, tři týdny byl klid a pak zase začel nějakej stres, kterej jsem řešil. Tak v tom stresu, jako takovým. Tak jsem si koupil sedmičku vína, říkal jsem si vyřeším to, v klidu si vykouřím cigaretu jednu, budu si přemýšlet, rozfázuju si další úkoly, který na mě čekaj a potom teda mi přišel nějakej špatnej telefon, do

toho a řek jsem si, takže to je zase další průser.“ (pacient 11)

DOSAŽENÁ ÚROVEŇ VZDĚLÁNÍ

V oblasti vzdělání šest z dvanácti dotazovaných (dotazováno dvanáct pacientů, dva stále studují) pacientů mělo dosaženou základní úroveň vzdělání, nebo byli vyučeni v oboru.

PSYCHICKÝ STAV JEDINCE

Všichni dotazovaní pacienti zmínili nějaké negativum svého psychického stavu, které vnímali jako velmi významné pro rozvoj a průběh jejich závislosti. Často zmiňovaná byla tendence vylepšovat si svůj emoční stav alkoholem, nízká míra sebehodnocení, obtížná schopnost autoregulace, emoční labilita a aktuálně prožívané, obtížné životní období.

„Já sem potom začal dělat školu, trenérskou, na kulturistice, kterou sem nedodělal, protože zase, zkouškový období a já tady ty situace nesnáším. Já nedokážu někde mluvit nějaký naučený věci, to nejde. Já s tím bojuju celej život, jo a nemůžu se toho zbavit. Jakmile mám promluvit před nějakou komisí, nebo nějakou skupinou lidí, jako je třeba tady tým a má to bejt věc, která je naučená, tak já nejsem schopnej ji vyslovit, jo. Já se s tím hrozně peru, vnitřně, spousta myšlenek a nejde to, no. Takže jsem to nedodělal, další takový zklamání a začal sem pít, jako že víc.“ (pacient 2)

„Měl jsem návyk na... já tomu říkám adrenalinový sporty. Já jsem ehm.. dřív a to mě přivedlo i dvakrát do vazby, ehm...sem měl potřebu se účastnit takových různých věcí. Bejt za akčního hrdinu. Přinášelo mi to jako vzrušení, jako uspokojení.“ (pacient 3)

„.....sebevědomí bylo špatný, jo. Ted'ka je lepší. Takže spíš nižší. Bylo mi dobře, když jsem se napil, prostě. Moje vnitřní pocity, buďto se cejtím úplně v hajzlu, nebo se cejtím dobře, no. A když se cejtím mizerně, tak v tu chvíli, u mě se dokážou pocity změnit několikrát během dne, několikrát během hodiny. A prostě když se změní, tak se u mě zapojí ten rychlej mozek a potřebuju si něco dát, nebo něco koupit, nebo si musím koupit flašku, hned.“ (pacient 4)

„Mně alkohol tříbil myšlení. Mně alkohol pomáhla se cítit dobře. Takový blahodárny pocit jsem cítil, cítím dodnes.“ (pacient 5)

„Já sem se furt usmíval a dělal sem hodně srandu. Vždycky sem si...ten alkohol mě uvolňoval, nikdy sem nevyhledával konflikty, nikdy sem se s nikým nepral a nikdy sem nikomu nenadával, neprovokoval sem a vždycky sem si... akorát ten alkohol ve mně vždycky vyvolal, nebo probudil takový myšlenky, nebo vzpomínky na vtipy, jo a takovýdle. Že prostě sem i vobčas docela bavit jako, neříkám že sem nějakéj tó, středem pozornosti, ale stával sem se někdy středem pozornosti, že sem d'ál srandu, to jako jó. Takže v tomhleto mně alkohol pomáhal.“ (pacient 6)

„No, protože ve škole mě to nebavilo, měl sem problém tam vydržet, měl sem problém soustředit se. Míval jsem prostě takový výkyvy nálad, tak sem si to rovnal tím alkoholem, abych nějak vydržel fungovat.

No většinou že sem se cejtíl dobře, utlumenej. Což se mi jinak stávalo jako zřídkka, že sem byl klidnej, zrelaxovanej. Tak to sem pil asi hlavně kvůli tomu, no.“ (pacient 9)

„Jeden z mých spouštěčů jsou emoce. Já strašně prožívám úspěch a strašně přeceňuju neúspěch. Takže když se něco nedaří, tak si to strašně беру a hledám vinu pořád v sobě. Je tam taková ta sebelítost a pak to spěje k těm pocitům beznaděje a jak z toho ven a moc si to připouštím a moc si to беру.“ (pacient 10)

„Protože pak už třeba, když sem nepil, tak sem měl menší sebevědomí, no. Nevěřil sem si tolik, no. Možná už sem byl zvyklej na to si dát to pivo, nebo s někým toho panáka a tak sem měl větší kuráž.“ (pacient 12)

VLIV SOCIÁLNÍ SKUPINY

Souvislost mezi vlivem skupiny a pitím alkoholu, jako jedním z důsledků sociální konformity, byl zaznamenán u jedenácti, ze čtrnácti dotazovaných pacientů.

„Nikdy jsem nepil, nevadilo mi to, říkal jsem, že nemůžu. Všichni si třeba dali pivko a já sem řekl, že ne, že nebudu, protože jsem si ty slova pana X bral k srdci. Že je jenom jedna závislost a že když budu pít, nebo hrát, tak budu stejnej magor, jako když

sem bral drogy, no. No a na tý oslavě byla tak skvělá zábava, bylo tam 60 tramvajáků a bylo to tam prostě úžasný. Že sem řekl, já si s Tebou to víno dám. Tak jsem si dal pár skleniček vína, akorát, že sem to vůbec neodhad.“ (pacient2)

„Alkohol sem začal pít jenom že mi to začalo chutnat, ale taky no ..spíš abych se přizpůsobil okolí. Kamarádům, a tak . Nikdy nějaký hlubší důvod nebyl. To bylo ze zvědavosti, nebo z nudy, jo. A nebo potom zapadnout někam do společnosti, někam mezi kamarády.“ (pacient 5)

„Až na tý vojně, na tý vojně jako když všichni vypadli do hospody, nebo třeba v sobotu na zábavu, tak se mi nechtělo bejt samotnému na kasárnách. Párkrát sem si to zkusil a chodil sem tam po chodbě a říkal sem si :“ Ty jo, za prvý se mi nechce na tu zábavu a za druhý se mi nechce bejt tady, ale za třetí tady není nikdo, s kým bych třeba já pořádně někam šel, nebo to. Tak sem si řek, tak já tam půjdu, no. Tak sem se přemoh a začalo to . První sem zkusil pivo a pak jsem se tak nějak rozjížděl.“ (pacient 6)

„Někdy jsme do té školy šli, někdy nešli. No a bylo prostě takovým zvykem, nebo pravidlem, že zhruba mezi tou sedmou a osmou hodinou večerní prostě jsme šli do hospod, kterých bylo plno kolem kolejí. Chodila půlka kolejí, takže jsme nebyli žádná výjimka, šli jsme taky“. (pacient 13)

DYSFUNKČNÍ RODINA V DĚTSTVÍ

Ze čtrnácti dotazovaných pacientů byl u devíti jedinců zřejmý vliv dysfunkční rodiny v dětství, či v průběhu dospívání.

„Rodiče oba dva pili, máma i táta. Měl jsem sestru a mladšího bratra, o pět let. O kterýho jsem se hodně staral, se sestrou, ona byla taky starší, než já. Vodil jsme ho do školky, vyzvedával jsem ho ze školky a pak jsem dělal věci do školy. Po práci když přišli domů, tak už většinou byli opilí, o nás se moc nezajímali. Ty rodiče no, to je špatná kapitola. Spoustu hádek, věčně se doma hádali, furt se obviňovali z něčeho. Bud' z nevěry, nebo kdo víc vypije, kdo víc prokouří a to bylo furt, jo.“ (pacient 2)

„Tak táta, táta ten mě sice spoustu věcí třeba naučil. Já nevím, naučil mě třeba hodinky, čas mě naučil ještě před..., před tím, než jsem šel na základní školu. A dal mi do první třídy vlastně první hodinky, první co jsem měl. Od té doby jsem vlastně pořád zvyklej nosit hodinky. To bylo asi tak první a poslední, kdy mě ocenil a pak už jak hodně, hodně pracoval, pořád makal, makal tak na mě ani na sestry neměl moc času. A takže...ani nikdy jsem od něj nějak moc pochvalu nedostal, za nic. Nikdy třeba nepřišel ani na nějaký závody se podívat. Von jako neměl nějak zájem.“
(pacient 3)

„Dětství byla mizérie, absolutní. Neurotická matka, absolutně bez lásky, bez citu. Nikdy mě nepohladila, všechno mi koupila, ale nikdy mě nepohladila. Bylo mi 7, nebo 8 let, byl jsem u kamaráda doma a najednou vidím, jak ta jeho máma ho hladí, než šel ven. Jak se s ním mazlí a Tomášku a přijď a todle a já sem si říkal: „ Ježíš, co to dělá! Fuj, vona ho líbá!“ A tenkrát mi je jasný, že vod té doby bylo jasný, že je to v prdeli, prostě.“ (pacient 4)

„Ne, to táta. Taky po mně chtěl výsledky ve škole, protože říkal, že nemám hlavu jenom na to, aby mi nepršelo do krku. Jeho pozornost se upínala na mě, mladší bratr tolik věcí nemusel. Já hrál v polo profesionální kapele a i výsledky ve škole jsem musel mít vždy co nejlepší.“ (pacient 6)

„Svoje dětství bych zhodnotil jako takový ne zrovna šťastný, vzhledem k tomu, že rodiče spolu prostě moc dobře nevycházeli, takže byly doma problémy a nebylo to úplně ideální, vždycky.už to přešlo v takový ty celorodinný konflikty, kdy prostě sem do toho musel zasahovat i já a dělalo mi to docela problém. Zvlášť jsem jako nevycházel s otcem. Tak to byly prostě konflikty s kým strávíme víkend. Rodiče se vod sebe jako vyloženě separovali a snažili se nás přetáhnout na svoji stranu, poštvat proti tomu druhému, prostě, takže byl tam tady ten problém. Rodiče se vyloženě jako nesnášeli a až do rozvodu trvaly tady tyhle ty souboje i vo nás a vo všechno, co se děje doma.“ (pacient 9)

„Blízkej..dá se říct, že jsem byl až fixovanej, no. Akorát ty zákazy jsem teda moc nedodržoval. Takže měl jsem jako k ní úzkej vztah, ale ta nemoc mě mrzela, protože .. ještě takhle to řeknu, ta máma bylo jakož to, měla občas prostě stavy, který vyžadovaly, aby nad ní byl dohled. Že jsem nemoh tak často, když už jsem byl starší, chodit třeba na plesy, aniž by táta nebyl doma. Takže většinou tam prostě musela mít někoho u sebe, aby neměla špatnej pocit z toho, že sme ji tam nechali třeba celý večer samotnou, do druhýho dne. Vždycky se někdo z nás musel vrátit zpátky a když ten tejden byl otec někde na služební cestě, tak jsem vlastně ten tejden němoh nikde spát, třeba u kamaráda, nebo u kamarádky. Takže to bylo takový svazující, ale jako já jsem ji měl moc rád, takže mi to zas takovej problém nedělalo, no“. (pacient 11)

5.3.2. *Smysl života*

Následující kapitola se zaměřuje na období dotazovaných před vznikem závislosti, fázi rozvoje závislosti, dobu před nástupem na léčení a úsekem léčby. Zmiňované protektivní faktory během všech těchto období jsou dávány do souvislosti se smyslem života podle psychoterapeutického směru, logoterapie.

Při hledání životní smyslu je kladen důraz na individualitu. Smysl každého člověka však může být zařazen do jedné ze tří logoterapeutických kategorií- tvůrčí, prožitkové a postojové.

Kategorie tvůrčí zahrnují oblasti, ve kterých jedinec světu něco dává v podobě svých výtvorů. Kategorie prožitkové zahrnují naše osobní zkušenosti z interakcí s druhými lidmi, a prožívání našich úspěchů i neúspěchů. Poslední kategorie hodnot, postojové, zahrnuje to, jak se stavíme k našemu životu, k veškerým událostem které nás potkávají, k překážkám, které jsou před nás postaveny.

ŽIVOTNÍ OBDOBÍ PŘED ZÁVISLOSTÍ

„Chodil sem sportovat, hodně sem běhal. Chodil sem boxovat. Střílel sem, dost dlouho, jako sportovně- sportovní střelec. Hodně sem cestoval, to tak nějak bylo hodně a hodně sem samozřejmě pracoval. Takže můj volnej čas se skládal že, když sem nedělal, tak sem cestoval, nebo sem prostě chodil na střelnici a se psama.... a s přítelkyní, samozřejmě.“ (pacient 1)

„Já jsem byl vždycky.....disciplinovanej. Takže to i vyplývalo jak jsem měl uspořádaný životní styl.....od 16ti let pravidelně cvičím, zajímám se o sport. Já bych bez sportu nemohl být, vůbec. Takže jsem se hodně zajímal, měl jsem to rozvržené tak, že jsem se snažil co nejvíc sportovat a zároveň, hm, zároveň jsem i hodně dřív četl. Když jsem měl čas, tak jsem hodně četl, nebo ehm, když už jsem neměl tak úplně čas na knihy, tak jsem aspoň pravidelně sledoval filmy. Chodil jsem na filmy, i klidně sám, do kina. To co mě zajímalo a přitom jsem měl jasně, jasně jsem se snažil plnit si všechny svoje povinnosti a i tý práci jsem se snažil dát něco navíc a být vždycky v tom kolektivu takovej ten...takovej ten ani ne, mně se nelíbilo být šplhoun, já jsem chtěl bejt vždycky nejlepší.“ (pacient 3)

*„Protože sme chodili, hodně sme cestovali. S klukama sme chodili na vandry, to bylo tak v těch, po vojně, před vojnou, vlastně. Eště před vojnou. Těch 17, 18, ale říkám, to byly prostě úplně suprový vandry, když na to vzpomínám. Že si z toho hodně člověk vzal, protože tó, protože tam nebyl alkohol a stavěli sme sruby po lesích, různě.“
(pacient 6)*

OBDOBÍ ROZVOJE ZÁVISLOSTI, OBDOBÍ PŘED LÉČBOU

„Takže jsem to nedodělal, další takový zklamání a začal sem pít, jako že víc. Ztratil jsem to zaměstnání, kde jsem rozvážel ty kancelářský potřeby, bylo mi to úplně jedno. Jelikož sem měl v té době jako dost peněz našetřenejch, tak jsem se nikam nehrnul, do práce. Prostě sem si vzal čas, myslel jsem si, že to všechno přejde, ale nepřešlo, no. Pil jsem víc a víc a už jsem chodil do té hospody pravidelně. Jak jsem měl volno,

tak jsem každého obvolával a pojd' se mnou na pivo a já sem byl ten, kterej každého zval někam. A klidně sem dokázal i za několik lidí platit, jen prostě abych s nima v tý hospodě byl, abych prostě měl důvod se opít.“ (pacient 2)

„Jenže žena mě furt otravovala, telefony a přijd' domů, potřebuju s Tebou nutně mluvit. A pořád chtěla vědět proč a jestli mám nějaký problém. Chtěla vode mě slyšet, že sem závislej, že chci pomoci. Ale pro mě to bylo tak těžký, tohlensto si znova přiznat, že sem znova závislej, mně se nechtělo, nechtělo. Já sem byl tvrdohlavej. Já říkám, rok sem nechtěl vo něčem takovým vůbec slyšet, jo. Pak jsem jí teda jednou řek, že už to poslouchat nebudu, že nemám žádný problém, že prostě piju proto, že mě to baví a že se o tom nehodlám bavit a ať mě nechá bejt. Tak to teda bylo špatný. To sem si pak jako přemítal v hlavě a říkal sem si, že sem teda kretén. Takže sem sedl k internetu a vyhledal sem odbornou pomoc. První co bylo, byly Bohnice. Sem si vo tom přečetl, co to obnáší. Tam byl první krok, přiznat sobě a druhým, že sem závislej. Jenže já jsem ženu nechtěl zase zklamat a nechtěl jsem jí říct, hele, sem závislej, protože sem nevěděl, co bude následovat. Nicméně teda sem se odhodlal a jednoho večera sem na ni počkal doma. To teda se divila a poznala, že se něco děje, že sem doma. A řekl sem jí prostě, že sem závislej a že potřebuju pomoci, že sem si našel léčebnu v Bohnicích, že to je na tři měsíce, řek sem jí všechny informace a že to musíme urychleně jakoby řešit, protože čekáme dítě. To bylo poprvý, kdy sem projevil svoje emoce, sem brečel a bylo to pro mě strašně těžký, něco takovýho říct. Říct svoji ženě, že sem závislej a. úplně nepředstavitelný, no, do té doby.“ (pacient 2)

„Ona jakoby rezignovala a v průběhu jara letošního roku mi řekla, že mezi náma je konec, že mě už nemiluje. Že už, že jsem se tak změnil, že je to pro ni neakceptovatelný a.že je konec. No a to byla asi taková poslední kapka, nebo možná nejsilnější kapka, která mě donutila, že jsem vlez na počítač, našel jsem si kontakt sem do Bohnic, zavolať jsem, přihlásil jsem se do pořádníku.“ (pacient 3)

“Sem dostal strach, když mi začal...mě jako nevodradilo, když sem byl poblitej, posranej, pochcanej, tak mě to nevodradilo. Ale když me začal vtejkat jazyk, tak sem

dostal strach, že dostanu rakovinu a že umřu. Ten strach byl tak velkej, že sem na dva roky přestal pít a kouřit. Neměl sem ani malý pivo, ani cigáro.“ (pacient 4)

„Bud’ sem byl vožralej a vona se snažila pít taky, aby se nějak na tu moji vlnu se dostala a nebo prostě sme byli u ní a nic jinýho než sex a pití sme nedáli, prostě. Jo, já jsem sledoval prostě, uvědomoval sem si jak jí do toho strašně tahám. Sám sem nevěděl, jak z toho ven a zároveň sem chtěl pomoci jí, nějak tak. Nebo, netahat ji do toho, prostě.“ (pacient 7)

„Takže do té doby, když jsem pil jako s kamarádama pro radost, tak se mi to nepřesouvávalo do druhýho dne, že bych musel jako znova začít pít. Ale když se pije jako na stresy, na smutek, nebo se něco nepovede, nebo třeba je hodně práce, hodně nezdarů, tak jsem vlastně zapíjel ty svoje špatný vnitřní nálady. Tak se mi stávalo, že jsem ten druhý jeden v tom vlastně pokračoval a než jsem si to uvědomil, tak to třeba trvalo dva, tři dny. Tak to je vlastně ten začátek toho.“ (pacient 11)

OBDOBÍ V PRŮBĚHU LÉČBY

„Vím jedině, že mám práci a že se mám od čeho odrazit “ (pacient 1)

„Já přemejšlim vo tom, že bych byl doma s holčičkou. Protože jak říkám, neměl sem moc hezký dětství a chci aby moje dcera měla fantastický dětství. Chci se jí maximálně věnovat, chci bejt u porodu, chci bejt u každýho okamžiku, prostě. V té době, co se narodí. Dá to hodně práce, bude to dřina, ale právě bych chtěl soustředit tady to úsilí, tu svoji pevnou vůli do tohodle toho. Do vztahu a do té péče k dítěti. To je můj cíl. Mně to tady bylo vytýkáno, že prostě tu léčbu pojmám tak, že chci uspokojit svoji ženu, jakoby okolí, akorát, že to nedělám pro sebe. Je to svým způsobem pravda, protože nebejt ženy, tak bych se nikdy neléčil.“ (pacient 2)

„Já hodlám z abstinence udělat, ze své abstinence udělat jakoby přednost svoji. Takže já se za ni nebudu stydět, nebudu se stydět přiznat si svoji minulost, stejně jako jsem se nebál přiznat to, když do mě někdo rejpnul. Ano, já jsem bývalej kriminálník,

ale teď jsem někde. Tak takhle to hodlám aplikovat i v té abstinenci, nebo s tou abstinencí. A chci. Já vím, že tu minulost, ta se napravit prostě nedá. Nebudu se snažit v ní ňoupat a budu se snažit žít ze dne na den, tak aby ta budoucnost pro mě a pro děti byla co nejlepší.“ (pacient 3)

„No teďkon největší oporu, jako myšlenkama myslím na to, že prostě dokud ty děti ještě sou malý, tak já furt žiju v takovým tom vědomí, že si třeba nebudou nic pamatovat, až budou větší. Že když to teďko utnu, v těch pěti letech, tak že se na to časem zapomene a když prostě budu sekat laťáka a budu dobrej táta, tak že prostě ty děti mě nebudou mít za toho, jakej sem do teďka byl, jo. A protože už ta Petra, jako ta starší, vono se řekně dítě, ale prostě vidím na ní, že je rozumná na tohle co, že už prostě sem viděl i její to, třeba řekne: „Táto, ty si pil něco a nebudeš pít a vezmeš si nás?“ (pacient 6)

„No tak prostě uvědomil sem si, že s tím alkoholem mám docela dost velkej problém a že sem alkoholik. Že jedinou tou cestou pro mě je nepít, no jako. Protože kdybych začal pít, tak školu nedodělám, naši mě vyhoděj z baráku. Jo vztahy prostě. Všechny to by se mi zase začalo hroutit a to prostě nechci. Teď už sem si ty vztahy začal budova zase znova, vod těch základů, aspon trochu, hlavně u těch rodičů, tam to ještě potrvá, ta důvěra, než ji získám. Ale i tak, už prostě nechci. Nechci zas ty deprese a takový ty špatný vztahy, prostě a nechci, prostě. Strašně takový nepříjemný to bylo. Nechci no prostě, už.“ (pacient 7)

„Určitě nenajdu žádnou jinou, lepší motivaci, k tomu, abych nechlastal ani třikrát, nebo čtyřikrát za rok, než je moje rodina. Hlavně kvůli nim sem tady, protože je nechci ztratit, že jo. Nechci si propít rodinu.“ (pacient 8)

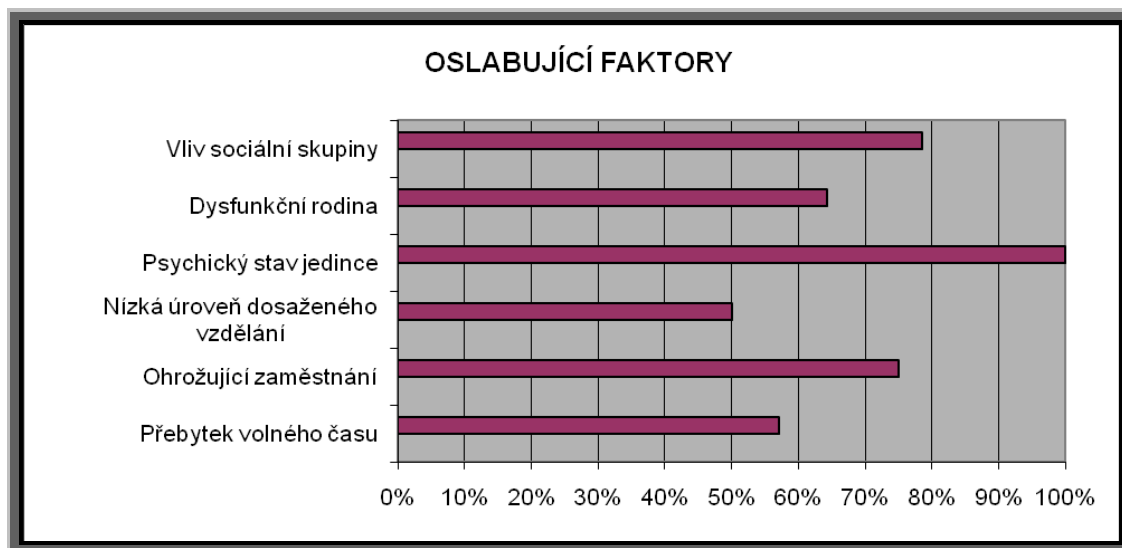
„Špatně, hodně špatně. Vidím v tom vzorec svýho otce, kterej vlastně taky od rána do večera byl v práci a byt' teda syn má podporu ve všem, má co potřebuje, projedil s námi kus světa, má spoustu zážitků, tak cítím takovej ten citovej dluh, určitě.“ (pacient 10)

„Moje největší přání je to tady dokončit a ve všem co pude pomoci mámě, protože

myslím, že v posledních, nebo v posledním tom období, sem byl fakt hnusnej, už. Myslel sem jenom sám na sebe.“ (pacient 12)

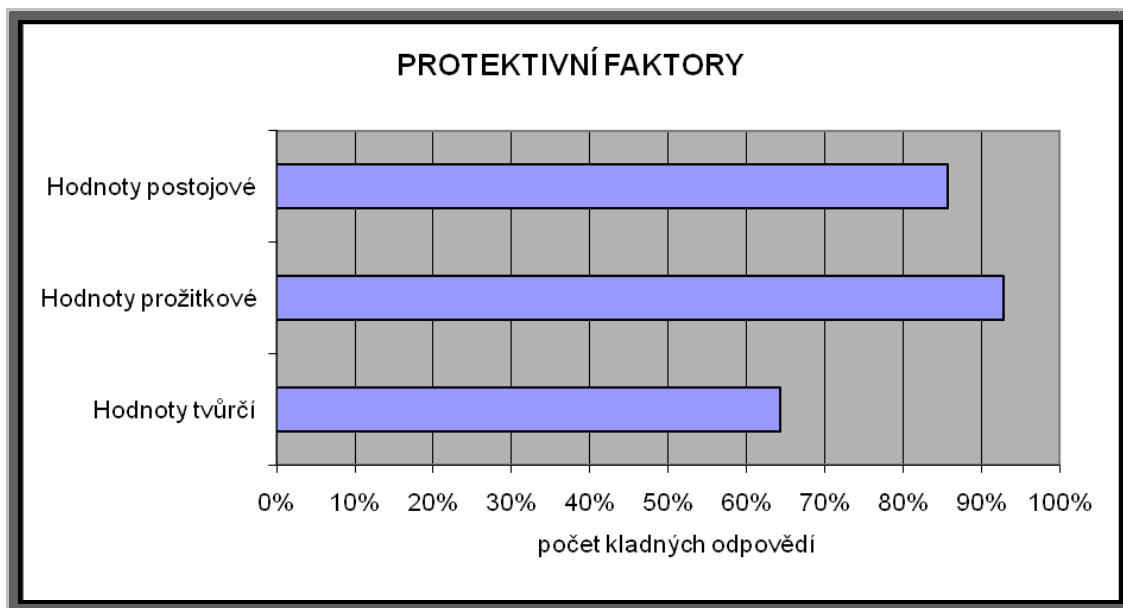
5.4. Grafické zpracování výsledků

Tabulka č.1:



Tabulka ukazuje procentuální zastoupení zmíněných oslabujících faktorů, mezi dotazovanými jedinci. Jako nejvýznamnější oslabující faktory se ukázal psychický stav jedince a vliv sociální skupiny na jedince.

Tabulka č.2:



Tabulka ukazuje procentuální zastoupení životních hodnot tak, jak je pacienti zmiňovali v jednotlivých dotazovaných obdobích. Životní hodnoty byly hodnoceny jako protektivní a dle konceptu smyslu života rozděleny do třech oblastí – hodnoty postojové, prožitkové a tvůrčí.

6. DISKUSE

V této části práce budou diskutovány výsledky praktické části práce a jejich souvislost s teoretickou částí.

Autorka zmíní reflexe limitů své práce a navrhne možnosti využití získaných poznatků.

Empirická část práce potvrzuje v různé míře, oslabující faktory zmiňované v prostudované literatuře. Jako nejvýznamnější faktory pro rozvoj závislosti se mezi dotazovanými pacienty ukázaly: (seřazeno sestupně dle významnosti)

- Psychický stav jedince
- Sociální skupina
- Ohrožující zaměstnání
- Dysfunkční rodina v dětství/dospívání

Psychický stav jedince

Všichni dotazovaní pacienti zmínili alespoň jednu negativní vlastnost svého psychického stavu, kterou považují za významnou při rozvoji a průběhu své závislosti. Nejčastěji zmiňovaná byla potřeba zlepšit si svůj momentální emoční stav alkoholem, kdy člověk po předchozích zkušenostech věděl, že mu alkohol v této oblasti tzv. pomáhá. Zde je jednoznačně vidět potvrzení teorie učení, kdy je konzumace alkoholu postupně naučeným chováním, na základě neustálého zpevňování pozitivního účinku alkoholu na konzumenta. Dotazovaní pacienti potvrdili i Clonigerovu typologii osobnosti (viz. kapitola 3.2.4.), podle které jsou častěji pro rozvoj závislosti predisponováni jedinci se zvýšenou touhou vyhledávat nové a vzrušující zážitky. Lidé mající vyšší tendenci riskovat, s nižším pocitem ohrožení a lidé s nižší schopností autoregulace svého chování.

Sociální skupina

Sociální skupina jako další z ohrožujících vlivů je nebezpečná především pro dospívající jedince, kteří si utvářejí svoji identitu. Svou silou skupina však působí i na dospělého člověka. Významný vliv sociální skupiny na své chování uvedlo jedenáct, ze čtrnácti dotazovaných pacientů. Jak zmiňuje teoretická část této práce, dilema člověka v dnešní době spočívá v tom, že mu instinkt neříká co musí dělat a tradice co by měl dělat. Člověk sám ani neví, co by dělat chtěl, často má přebytek volného času. Přírozeným vyústěním tohoto stavu je, že jedinec pak dělá to, co dělají druzí v jeho okolí. Nejčastěji tedy sociální skupina, ve které se pohybuje, jedinec se chová konformně. Pokud ve skupině převládají jakékoliv patologické jevy, je skupina pro člověka ohrožující. Jestliže je míra sebehodnocení jedince nižší, velmi často podlehne totalitarismu. Dělá tedy to, co si druzí přejí, aby dělal. Potřebuje sociální skupinu k tomu, aby byl nějakým způsobem veden, zvyšuje si tak svůj pocit sebehodnocení a vlastní důležitosti.

Ohrožující zaměstnání

Zaměstnání, jako jeden z faktorů rozvoje závislosti zmínilo devět z dvanácti pacientů. Snadná dostupnost alkoholu objevující se v některých zaměstnáních je zřejmým ohrožením. Jedinci, pro které je jejich práce jedním z naplnění smyslu života a dochází v ní k jejich seberealizaci může být ohrožující z hlediska stresu. Nadšení, které člověk do práce vkládá a očekávání, která se s vloženým úsilím zvyšují, zvyšují také míru stresu nad očekávaným výsledkem.

Dysfunkční rodina v průběhu dětství/dospívání

Vliv rodiny v dětství, její dysfunkčnost, byla v různých polohách zaznamenána u devíti ze čtrnácti dotazovaných pacientů. Šest, z celkového počtu dotazovaných, měli biologického rodiče závislého na alkoholu. Genetické dispozice pro rozvoj alkoholismu jsou odbornou veřejností stále diskutovány a dosud nelze s jistotou říci,

že závislost biologického rodiče predisponuje závislost dítěte. Jeden z dotazovaných pacientů byl adoptován do rodiny, kde ani jeden z adoptivních rodičů nebyl na alkoholu závislý. Teorie říkají, že závislost adoptovaného rodiče není ohrožující pro adoptované dítě. Zde by tedy bylo místo pro diskuzi o případné závislosti biologického rodiče adoptovaného. Pro tuto diskuzi by však bylo potřeba vyššího vzorku jedinců vychovávaných v adoptivních rodinách a obeznámenost s případnou závislostí biologických rodičů.

U dotazovaných pacientů byla v souvislosti s dysfunkčností rodiny zaznamenána některá z forem subdeprivace. Nejčastěji v oblasti primárních emocionálních vztahů s matkou či otcem.

SMYSL ŽIVOTA

Jak uvádí teoretická část práce, smysl života je pro každého člověka individuální. Může se měnit z hodiny na hodinu, ze dne na den, z měsíce na měsíc, nebo z roku na rok. Dotazovaní pacienti zmiňovali, často jako nejdůležitější pro svou léčbu a budoucí abstinenci, některou z oblastí hodnot, kterou Frankl uvádí ve svém konceptu smyslu života. Životní hodnoty jsou Franklem děleny do třech oblastí:

- hodnoty tvůrčí
- prožitkové
- postojové.

Tvůrčí hodnoty se v našem případě zaměřují na oblast, kde chce pacient něco dokázat. Tyto hodnoty byly výrazně zmiňovány u devíti ze čtrnácti dotazovaných pacientů. Nejčastěji se jednalo o práci na sobě samém ve smyslu zlepšení svého psychického a fyzického stavu, o touhu někde se podívat a poznat nové věci, či zlepšit své postavení v profesní oblasti.

Prožitkové hodnoty byly nejčastěji zmiňovanými. Ze čtrnácti dotazovaných pacientů, třináct jedinců směřovalo svou motivaci pro léčbu a budoucí abstinenci do blízkých vztahů. Nejčastěji ke svým dětem a partnerkám. Touha prohloubit a zlepšit

partnerský vztah a plnohodnotně prožívat a dostát role otce byla zřejmá u většiny dotazovaných.

Postojové hodnoty u pacientů velmi blízce souvisely s hodnotami prožitkovými. Logoterapie klade důraz na převzetí osobní odpovědnosti. Mnozí pacienti si v léčebně začali uvědomovat, jaké důsledky jejich závislost měla a obtížně se vyrovnávali z pocitu toho, co vše závislost způsobila nejen jim, ale také jejich okolí. Dvanáct ze čtrnácti dotazovaných pacientů zmínilo zklamání ze sebe samého a naštvání na sebe, kam až svou závislost nechali zajít. Prožívaný pocit „žít pro někoho“, zde ve většině případů pro jejich děti, jim mnohdy pomohl přijmout odpovědnost za své dosavadní chování a vidět smysl v aktuálně prožívaném období, které pro většinu bylo zklamáním. V průběhu léčby, kdy již za sebou někteří viděli výsledky své abstinence, byla zřejmá vyšší míra sebehodnocení a důvěra v sebe samého. Pacienti si utvářeli postoj k vlastní závislosti, přemýšleli nad tím, co vše právě prožívají a plánovali co prožívat budou. Pevný bod v životě, který mnohým dávaly jejich děti jim pomáhal vidět smysl v tom, kde se právě nacházejí a jak se cítí. Jak zmiňují někteří filozofové, důležité je začít u sebe, nikoliv u sebe skončit. Většina dotazovaných pacientů tuto tezi, v období léčby, potvrdila.

Tato práce by mohla být vhodným podkladem pro primární prevenci závislostí na základních školách. Považuji za důležité děti seznámit s tím, jak je nutné smysluplně trávit volný čas, dělat to, co je baví a do budoucnosti si vytvářet cíle, za kterými si chtějí opravdu jít. Neméně důležité je s touto skutečností seznamovat i rodiče. V dnešní uspěchané době je sice nejjednodušší své dítě posadit k počítači, ovšem o tom, zda je to nejefektivnější by se dalo dlouze diskutovat.

Veřejnost by měla být více seznamována s problematikou závislosti a to nejen alkoholové. Po rozhovorech s pacienty si dovoluji říci, že mnozí si vůbec nedovedli představit, kam až závislost může vést. Přesto, že prožitá zkušenost se nedá nahradit slovy, je závislost něčím, co by si snad jen málokdo z nás chtěl prožít na vlastní kůži.

Autorka si je vědoma některých nedostatků této práce. Smysl života závislých pacientů by mohl být přesněji zachycen, pokud by k polostrukturovaným rozhovorům přibýly dotazníky, koncipované cíleně na pojetí smyslu života.

Současné faktory, které byly autorkou vytipovány jsou ty, které zmiňuje literatura. Informace byly v sebraných datech tedy cíleně vyhledávány. V důsledku toho, mohla být některá důležitá fakta opomenuta. Nicméně zjištěné výsledky této práce jsou v souladu s prostudovanými poznatky z literatury.

Data pro tuto práci byla sebrána od mužů, hospitalizovaných s diagnózou nejen alkoholové závislosti. Nejčastější diagnózou dotazovaných byla závislost na alkoholu a na psychoaktivních látkách, tedy. alkoholismus a toxikomanie. Pro objektivnější zhodnocení protektivních a oslabujících faktorů v závislosti a léčbě na alkoholu by bylo vhodné, pokud by dotazovanou skupinu jedinců tvořil ze stejné části mužský i ženský vzorek, jejichž diagnóza by byla pouze závislost na alkoholu. Nikoliv žádná další, např. na psychoaktivních látkách.

Z důvodu omezeného rozsahu bakalářské práce by se autorka ráda této problematice věnovala i ve své diplomové práci.

7. ZÁVĚR

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Hlavním cílem teoretické části bylo představit problematiku alkoholové závislosti a vymezit některé protektivní a oslabující faktory během rozvoje a léčby závislosti na alkoholu, podle prostudované literatury. Krátce byl představen smysl života podle psychoterapeutického směru logoterapie.

Praktická část měla za úkol ověřit prostudované teoretické poznatky z literatury v klinické praxi.

Empirická část potvrdila některé oslabující faktory zmiňované literaturou. Nejvíce ohrožujícím pro člověka, z hlediska vzniku závislosti, se ukázal jeho psychický stav, negativní vliv sociální skupiny, dysfunkční rodina v dětství, a zaměstnání (nekreativní zaměstnání/vysoká míra odpovědnosti / stres/ gastronomie).

Na protektivní faktory uváděné pacienty bylo nahlíženo z hlediska konceptu smyslu života. Frankl v případě alkoholismu hovoří o existenciální neúroze. Stav subjektivní prázdnoty, který je projevem zdeformované vůle ke smyslu. Právě smysl závislých jedinců v jejich odhodlání, životních partnerkách a nejčastěji dětech byl hlavním bodem pro jejich budoucí abstinenci. Smysl života žít pro někoho!

Léčba závislosti trvá na pavilonu 35 standardně tři měsíce. Strávila jsem zde tři týdny a během nich mnozí pacienti léčbu řádně ukončili. Ukončovací rituál v průběhu ranní komunity měl pro mě vždy zvláštní atmosféru. Odrazy jednotlivých členů na odcházejícího pacienta a podpora, která mu byla dávána, mě vždy vedla k zamyšlení, zda právě ten, kdo odchází je ten, kdo se nevrátí. Přestat dovede téměř každý, ale nezačít znovu, už jen málo kdo. Každému, komu jsem gratulovala k ukončení léčby, jsem přála: „Ať to vyjde!“

Smutným faktem je, že pacientů, kteří byli v léčbě v důsledku recidivy a někdy i několikrát, bylo během třech týdnů skutečně mnoho. Občas snad i většina. Mé počáteční nadšení brzy pominulo, když jsem zjistila, že nepřevládají ti, kteří léčbu

řádně ukončí, ale ti, kteří ji opouštějí na revers. Škoda, že se tam za čas vrátí. I když vlastně ne škoda, snad to tentokrát konečně vyjde....

Na začátku plni zklamání, s postupem času plni odhodlání a plni silných slov pro sebe i své okolí. Věří oni, věří okolí a někdy ne poporvé. Přála bych každému, s kým jsem se na pavilonu setkala, aby dostal svých slov, aby neklamal, aby byl tím nejlepším tátou!

Škoda, že již při psaní těchto řádků vím, že některým to tentokrát bohužel nevyšlo...

„Co tady děláš?“ zeptal se Malý princ pijana, který seděl mlčky před řadou prázdných a řadou plných lahví. „Piji,“ odpověděl pochmurně pijan. „A proč piješ?“ zeptal se malý princ. „Abych zapomněl,“ řekl pijan. „Nač abys zapomněl?“ vyzvídal Malý princ a už už ho začínal litovat. „Abych zapomněl, že se stydím,“ přiznal se pijan a sklonil hlavu. „A zač se stydíš?“ vyptával se dále Malý princ, protože by mu rád pomohl. „Stydím se, že piji!“ dodal pijan a nadobro se odmlčel.

(Antoine de Saint-Exupéry, Malý princ)

8. SEZNAM LITERATURY

DICLEMENTE, C.Carlo. *Addiction and Change, How addictions develop and addicted people recover*, London: The Guilford Press, 2003. 317s. ISBN- 1-57230-057-4

HARTL, Pavel and HARTLOVÁ Helena. *Psychologický slovník*, Praha: Portál, 2000. 776s. ISBN- 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, Praha: Portál, 2008. 408 str. ISBN- 978-80-7367-485-4.

JENČ, Filip a kol. *Alkohol jako lék*, Praha: Volvox Globator, 1998. 253s. ISBN-80-7207-151-3.

KALINA, Kamil. a kol.: *Základy klinické adiktologie*, Praha: Grada, 2008. 392 str. ISBN- 978-80-247-1411-0.

KOCOUREK, Jiří. Viktor E. Frankl, *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*, Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 86s. ISBN- 80-901601-4-X.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*, Praha: Portál, 2006. 383s. ISBN- 80-7367-122-0.

LORRAINE COLLINS, R. and LEONARD KENNETH, E. and SEARLES JOHN E, *Alcohol and the family reseacrh and clinical perspectives*, London. The Guilford Press, 1990. 386 s. ISBN-89862-169-0

MATĚJČEK, Zdeněk, *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2007. 143s. ISBN- 97-88073-673-253.

MATOUŠEK, Oldřich and PAZLAROVÁ Hana, *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2010. 184s. ISBN- 978-80-7367-739-8.

MIOVSKY, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada, 2010. 332s. ISBN- 80-247-1362-4.

NEŠPOR, Karel and CSÉMY Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*, Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203s. ISBN- 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel., JIRÁNEK, Vladimír. *Zůstat střízlivý*, Brno: Host, 2006. 236 str. ISBN- 80-7294-206-9.

ŘEHAN, Vladimír, *Závislost na alkoholu a jiných drogách- psychologický přístup*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994. 77s. ISBN-80-7067-359-1.

SKÁLA, Jaroslav. *...Až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum, 1988. 139s. ISBN- 08-045-88.

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. 206s. ISBN- neuvedeno.

SMOLÍK, Petr, *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2001. 506s. ISBN- 80-85912-18-X.

TAVEL, Peter. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*, Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 303s. ISBN- 80-7254-915-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 870s. ISBN- 978-80-7367-414-4.

VIŠŇOVSKÝ, Peter and BEČKOVÁ Ilona. *Bludný kruh toxikomanií*, Hradec Králové: Ekonomická a informační agentura, 1998. 114s. ISBN- 80-85490-76-5.

WHO, *MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování- popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251s. ISBN-80-85121-11-5.

Wikicitáty [online]. 2011 [cit. 2011-04-04]. [Http://cs.wikiquote.org](http://cs.wikiquote.org). Dostupné z www.: <<http://cs.wikiquote.org/wiki/Alkohol>>.

YALOM, D. Irvin. *Existenciální psychoterapie*, Praha: Portál, 2006. 527s. ISBN- 80-7367-147-6.

